

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

4

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 7 Novembre 1894, à 1 heure

PAR

Henri POUZOL

Né au Puy (Haute-Loire), le 20 Mars 1867.

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

MONITEUR D'ACCOUCHEMENT DE LA CHARITÉ

DE

L'Importance diagnostique de la Courbe alimentaire

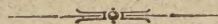
DANS CERTAINS CAS

D'HÉRÉDO-SYPHILIS

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. { STRAUS, professeur.
NETTER, agrégé.
GAUCHER, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 7 Novembre 1894, à 1 heure

PAR

Henri POUZOL

Né au Puy (Haute-Loire), le 20 Mars 1867.

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

MONITEUR D'ACCOUCHEMENT DE LA CHARITÉ

DE

L'Importance diagnostique de la Courbe alimentaire

DANS CERTAINS CAS

D'HÉRÉDO-SYPHILIS

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. { *STRAUS, professeur.*
NETTER, agrégé.
GAUCHER, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBÈNE.
Clinique médicale.	STRAUS.
Maladies des enfants	G. SEE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	HAYEM.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	JOFFROY.
Clinique ophthalmologique.	FOURNIER.
Clinique d'accouchement.	RAYMOND.
	N [°]
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraire :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrévés en exercice :

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BAILLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR TH. POUZOL

ET DE MA GRAND-MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SOEUR — A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

OFFICIER DE LA LÉGION-D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

L'énorme mortalité qui sévit sur les nouveau-nés est une des questions sociales qui intéressent au plus haut point le médecin.

Or, de tous les facteurs de cette dépopulation, un des plus importants, le plus important, peut-on dire, est la syphilis héréditaire. Il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur les travaux des auteurs qui se sont occupés de cette question. M. le Professeur Fournier, d'après ses statistiques et celles qu'il publie (1), conclut que la syphilis fait sentir son action néfaste 42 fois sur 100 en ville, et 84, 86 fois à l'hôpital « chiffre lamentable, désolant » ; quel » fléau, dit-il, à ce seul titre constitue la syphilis » pour la société » ; « c'est une calamité sociale, » ajoute-t-il. C'est un résultat semblable auquel il était arrivé par ses statistiques, qui faisait dire à M. le Professeur Neumann (de Vienne), au congrès international de 1889 :

« La syphilis est une des plus affreuses maladies

(1) Fournier. — Syphilis et mariage.
— Hérédité syphilitique.

» qui, sauf peu d'exception, tue presque tous les
» enfants. »

Bien entendu, dans les chiffres donnés plus haut, sont comprises toutes les influences néfastes de la syphilis héréditaire; car cette dernière peut se traduire de différentes façons. Dans la moitié des cas elle provoque la mort du fœtus « in utero », elle sera cause d'avortements. Mais souvent aussi, elle tue les enfants qui viennent de naître; « la vérole tue les jeunes et les tue par » véritables hécatombes ». Ce sont parfois des enfants petits, chétifs, qui ne sauraient vivre et dont le mal saute aux yeux de tout le monde. D'autres fois les enfants naîtront avec des stigmates de leur syphilis. Dans ces cas la syphilis est facile à reconnaître; on peut par conséquent la combattre et l'on sait combien l'on peut attendre d'un traitement bien appliqué. Mais il y a des cas où la syphilis héréditaire n'est pas si franche, elle ne se montre pas toujours et parfois elle se cache si bien, que l'examen le plus minutieux ne peut la révéler, et c'est ainsi que sans prévenir, sans bruit, elle tue un enfant qui paraissait fort et bien constitué et qui, dans les premiers jours de la vie, en pleine santé pour ainsi dire, meurt, sans qu'on puisse attribuer une cause à cette mort. C'est M. le professeur Fournier qui a le premier attiré l'at-

tention sur ces cas, où le diagnostic est souvent une surprise d'autopsie.

Comment donc dépister cette syphilis d'autant plus grave qu'elle est plus cachée, comment, en l'absence de tous symptômes, faire le diagnostic d'hérédo-syphilis ? Dans un cas pareil l'on pourra penser quelquefois à la possibilité de la syphilis héréditaire, si l'on est averti de la maladie des parents. Mais si l'on songe combien, pratiquement, la syphilis des parents est ignorée du médecin, combien elle passe souvent inaperçue sans laisser de traces, l'on verra que dans bien des cas il sera difficile de faire un diagnostic exact et d'appliquer par suite un traitement efficace. Pendant notre passage dans le service d'accouchement de la Charité, où nous avons été externe et moniteur, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas de ce genre où le diagnostic avait été fait par M. Boissard, qui remplaçait notre maître M. Budin, d'après l'examen seul de la courbe M. Boissard nous fit remarquer les côtés intéressants de ces observations et nous engagea à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous allons donc essayer de montrer combien l'étude de la courbe alimentaire du nouveau-né peut être utile pour arriver au diagnostic souvent difficile d'hérédo-syphilis ; nous indiquerons quelle

est, à notre avis, la particularité de cette courbe dans ces cas-là, et nous essayerons de prouver que devant un enfant né à terme, de poids normal, bien constitué, qui, sans cause appréciable, perd de son poids et présente la courbe dont nous parlons, il faut toujours songer à la possibilité de la syphilis héréditaire. Il faut y penser et le plus vite possible, car l'on pourra alors appliquer à cet enfant, qui est condamné, dans un bref délai, le seul traitement qui pourra lui sauver la vie.

Dans le courant de notre thèse, l'on verra souvent revenir le nom de M. le Professeur Fournier, nous avons en effet eu bien des fois l'occasion de citer l'opinion de ce Maître si autorisé dans les questions de syphilis. Il a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous apprécions le grand honneur qu'il nous fait et nous l'en remercions vivement.

Avant d'aborder notre sujet nous tenons à accomplir un devoir de reconnaissance envers les Maîtres qui nous ont guidé dans nos études médicales.

Que nos premiers maîtres dans les Hôpitaux de Paris, MM. Gingeot, Moutard-Martin, Gougenheim, Piquet, veuillent bien agréer nos remerciements.

Je n'oublierai pas l'aimable accueil que nous

avons rencontré dans le service de M. Kirmisson et les excellentes leçons que ce maître nous a données en chirurgie infantile

Pendant notre première année d'externat à l'hôpital Lourcine, M. de Beurmann nous a enseigné la syphiligraphie et la gynécologie. Nous gardons de lui le meilleur souvenir. Pendant notre seconde année d'externat nous avons eu le plaisir d'avoir pour notre maître, M. le Professeur agrégé A. Robin ; il nous a appris combien l'on pouvait compter sur la thérapeutique guidée par une profonde connaissance de la clinique. Nous le prions d'agréer nos remerciements pour ses excellentes leçons.

Tout ce que nous savons en obstétrique nous le devons à M. le Professeur agrégé Budin qui a bien voulu nous prendre comme externe, puis comme moniteur de son service d'accouchement de la Charité. Nous avons beaucoup profité de son enseignement si savant et si pratique ; qu'il reçoive ici l'hommage public de notre reconnaissance.

Enfin, M. Boissard, accoucheur des Hôpitaux, que nous avons eu le plaisir de connaître pendant qu'il remplaçait M. Budin à la Charité, a bien voulu nous aider de ses conseils pour la rédaction de notre thèse, nous l'en remercions bien vivement.

HISTORIQUE

Nous n'avons pas ici l'intention de faire l'historique de la syphilis héréditaire. Un volume entier n'y suffirait pas. Nous allons seulement rechercher quels sont les auteurs qui ont signalé cette action infanticide de la syphilis sur le nouveau-né.

Le premier auteur qui semble signaler la syphilis chez les enfants est Tizio, mais il ne paraît pas soupçonner l'existence de la syphilis congénitale. Torella et Catanée reprennent la question, surtout au point de vue étiologique, et affirment que le point de départ de l'affection est le lait de la mère. C'est Paracelse qui, en 1529, dit le premier que la syphilis est héréditaire et peut passer du « père au fils ». Ambroise Paré semble admettre l'hérédité syphilitique. Pendant le XVI^e et le XVII^e siècle, on ne s'occupe exclusivement que de l'étiologie et on laisse complètement les symptômes de côté. Rosen, le premier, décrivit presque complètement la syphilis des

nouveau-nés. En 1780, on créa à Vaugirard un hôpital spécial pour les femmes spécifiques et leurs enfants ; c'est alors que parut le mémoire de Doublet sur « les symptômes et le traitement de la maladie » vénérienne chez les enfants nouveau-nés. » Cet auteur décrit les lésions cutanées, muqueuses et viscérales des nouveau-nés syphilitiques et dit que ces enfants peuvent n'être affectés que dans les premiers mois et que, quelquefois même, sans lésions apparentes, « ils périssent en peu de temps ou mènent » une vie languissante ». Dans son traité de la maladie vénérienne chez les nouveau-nés, les femmes enceintes et les nourrices (Paris, 1810), Bertin ne mentionne nulle part cette faiblesse congénitale. Parmi tous les auteurs modernes qui se sont occupés de la syphilis héréditaire, Hunter, Vidal (de Cassis), Trousseau, Lasègue, Rollet, Diday, Putegnat, etc..., leur nombre est considérable, nous sommes frappés de voir qu'aucun d'eux ne mentionne cet état particulier des nouveau-nés, à terme, de poids normal, dont la seule manifestation syphilitique consiste dans une diminution exagérée de leur poids, sans cause apparente. Les uns disent bien que la syphilis peut tuer le fœtus dans le ventre de leur mère, qui accouche alors de « fruits corrompus » comme le dit Mauriceau, tous parlent bien de la faiblesse congénitale de certains nouveau-nés syphilitiques, de leur attitude particulière, de leur faciès ridé, parcheminé, qui les fait ressembler à de petits vieillards, « ces enfants ne têtent

pas et vivent à peine » comme le dit Baumès. Mais il faut arriver à Monsieur le Professeur Fournier qui, dans ses leçons, insiste sur cette « inaptitude à la vie » que présentent certains enfants spécifiques, quoique paraissant bien constitués et sans qu'aucune lésion clinique en puisse donner l'explication.

Comment donc s'apercevoir qu'un enfant né à terme, de poids normal et paraissant sain, est atteint d'une tare spécifique qui peut l'emporter en quelques jours, le faire mourir sans que rien ne puisse expliquer sa mort ?

Nous voulons démontrer que la méthode des pesées rendra, à elle seule, un grand service au médecin. Cette méthode est de date récente ; ce sont Quételet et Chaussier, qui, les premiers, ont insisté sur l'importance des variations du poids de l'enfant après sa naissance. Natalis Guillot, en 1852, Siebold (1860), Winckel (1862), Bouchaud (1864), Blache, Odier, Gregory, Froisy, Kersmausky, Lauro de Franco, P. Segond, Tarnier et Chantreuil ont démontré l'utilité de la balance, qui, seule, peut rendre compte de l'état maladif d'un enfant, que rien ne pourrait faire soupçonner. Aussi, depuis que notre maître, M. Budin, a attaché une extrême importance à la régularité des pesées quotidiennes, il est très facile de se rendre compte de l'état de santé du nouveau-né. Cette méthode rendra donc un grand service au point de vue de la syphilis, comme elle en a rendu pour la pathologie infantile en général ; elle permettra, dans

bien des cas, de dépister la syphilis chez le nouveau-né, alors qu'aucune manifestation extérieure, ni chez le nourrisson, ne saurait y faire penser. Ce sera encore, grâce aux résultats fournis par cette méthode, que l'on pourra appliquer un traitement assez énergique, permettant à l'enfant de surmonter la maladie qui menace ses jours.

Pour terminer, disons un mot des auteurs qui se sont occupés spécialement du traitement de la syphilis du nouveau-né. Ce qui frappe, tout d'abord, c'est la faiblesse des doses administrées.

Bertin donne le sublimé à la dose de un vingtième à un douzième de grain par jour ; Bertherand, un douzième de grain ; Cullerier un seizième ; Baumès un trentième. Lamauve commence à augmenter la dose qu'il porte à un sixième de grain. Bassereau fut le premier plus hardi : il donnait un quart de la dose de l'adulte. Diday insiste sur la dose énorme que l'on doit donner, dans certains cas, aux nouveau-nés ; il dit en outre que le traitement n'a pas besoin d'être énergique dans les cas de syphilides superficielles de la peau et des muqueuses.

M. le Professeur Fournier, comme nous le verrons quand nous parlerons du traitement, dit que la dose est variable, selon les cas, mais qu'il ne faut pas craindre, et qu'il est même nécessaire, d'administrer de fortes doses de mercure pour obtenir une guérison.

C'est surtout dans les cas de syphilis grave, débilitante, qui menace la vie de l'enfant que l'on

ne doit pas hésiter à instituer un traitement énergique. Nous verrons que c'est la conclusion à laquelle nous arrivons d'après nos observations.

Enfin, nous ne devons pas oublier de citer les noms de MM. Budin et Chavane, qui, dernièrement encore, ont insisté sur les bienfaits du lait stérilisé chez le nouveau-né syphilitique.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Quel est le rôle que jouent les générateurs dans la syphilis héréditaire ? Cette question, après avoir soulevé des discussions interminables, est aujourd'hui connue, ou du moins il y a des points qui sont admis par tout le monde. Du reste, ce problème de l'hérédité est extrêmement difficile, surtout pour la syphilis, dont on ne connaît pas encore l'agent pathogène. Est-ce un virus, un microbe ? Le microbe serait-il connu que la question ne serait pas tranchée, puisque les idées sur l'hérédité de la tuberculose sont en pleine voie d'évolution. Il faudrait encore connaître sa virulence, les causes de variation de cette virulence. Dans quelle mesure faudrait-il faire intervenir l'action filtrante du placenta dans l'atténuation du virus ? Nous savons aujourd'hui que le placenta ne peut plus être considéré comme un filtre parfait, et qu'il ne s'oppose pas à la transmission de certains germes (Recherches de MM. Straus et Chamberland sur la bactériémie charbonneuse), MM. Netter, Chantemesse et Widal ont pu retrouver chez

le fœtus, le pneumocoque, ou le bacille d'Eberth de la mère.

Pour la syphilis, la question d'hérédité est plus particulièrement délicate, car il n'est pas toujours possible de savoir si les parents ont été atteints de cette maladie. Il faut avoir une clientèle privée, suivie de près depuis longtemps comme celle de M. le professeur Fournier, pour avoir sur cette question une idée bien nette. C'est surtout du côté du père que la recherche est difficile, elle est même impossible à l'hôpital. Aussi, dans cette forme particulière de l'hérédo-syphilis que nous étudions, il est bien malaisé de formuler une opinion. Nous allons donner rapidement les grandes règles qui régissent l'étiologie de la syphilis héréditaire, puis nous exposerons le résultat fourni par nos observations.

1° *Hérédité mixte.* — Les deux parents ont eu ou présentent des accidents. Tout le monde s'accorde pour affirmer que dans ce cas le produit de conception a bien des chances pour être syphilitique. Les enfants meurent généralement pendant la vie intra-utérine ; cependant ils peuvent naître à terme, ils présentent alors au moment de la naissance des accidents syphilitiques, ou bien ils en ont dans les premiers temps qui suivent la naissance. La syphilis infantile est alors d'autant plus grave que la syphilis des ascendants est plus récente et qu'elle a été moins traitée. Dans quelques cas, les enfants sont

sains et n'ont jamais d'accidents. Neumann et M. le professeur Fournier en ont cité des exemples.

Dans nos observations nous n'avons pas pu examiner le père ; dans aucun des cas la mère ne soupçonnait la syphilis du père.

2° *Hérédité maternelle.* — La mère seule a présenté des accidents.

La mère peut-elle à elle seule contaminer son enfant ? Cette question est résolue affirmativement par tout le monde. Il y a en effet des cas de femmes syphilitiques fécondées par un homme sain et qui donnent naissance à des hérédosyphilitiques. Le plus souvent la syphilis est antérieure à la conception, cependant il y a des femmes, qui, ayant contracté la syphilis pendant leur grossesse, ont accouché d'enfants syphilitiques. Dans la grande majorité de ces cas, l'enfant reste indemne et l'intégrité du fœtus est d'autant plus probable que la syphilis est plus récente chez la mère. Dans nos observations II et XI, l'on retrouve nettement la syphilis dans les antécédents de la mère. Dans l'observation VIII, on trouve un œdème dur des petites lèvres, probablement consécutif à un chancre infectant qui avait passé inaperçu chez la femme.

3° *Hérédité paternelle.* — Le père seul étant atteint de syphilis peut-il engendrer un enfant syphilitique ? Cette question a soulevé bien des discussions. L'on a

admis complètement, tout d'abord, qu'un père peut engendrer à lui seul un hérédo-syphilitique, mais depuis quelque temps l'on est plus circonspect et certains auteurs ont nié d'une façon absolue l'influence du père sur la syphilis du fœtus. Voici comment raisonnent ces auteurs. Il est impossible, disent-ils, qu'un enfant soit infecté directement par le père sans que la mère le soit également. Il n'y a pas de syphilis de l'enfant sans syphilis de la mère ; jamais, ajoutent-ils, le sperme inoculé n'a donné naissance à un chancre infectant. M. le professeur Fournier s'est surtout montré l'adversaire de cette théorie. Il a publié un grand nombre d'observations, dues à des auteurs dignes de foi, et à ses notes personnelles, dans lesquelles plusieurs avortements ont eu lieu successivement, dus à la syphilis du père et où un traitement suivi par ce dernier seul a permis à la mère de donner naissance à des enfants vivants et bien portants. Enfin, il faut dire que beaucoup d'auteurs se sont trompés en prenant pour une syphilis acquise de la mère, une syphilis par conception. Ces faits viennent, au contraire, à l'appui des idées de M. le professeur Fournier, puisque dans ce cas, c'est le fœtus infecté par le père qui contagionne la mère ; il faut donc pour que la contagion soit possible que la mère soit exempte de toute syphilis antérieure.

4° *La mère ne présente pas de traces d'accidents. Les renseignements manquent sur le père. — C'est à des cas*

semblables qu'on a affaire le plus souvent à l'hôpital. Une femme enceinte arrive à la consultation, elle ne présente aucun accident syphilitique, on l'examine avec soin pour retrouver, si elle est syphilitique, les traces de son infection. Il n'y a pas de ganglions inguinaux ni cervicaux, aucune trace d'éruption plus ou moins ancienne, pas de syphilides pigmentaires, les muqueuses sont saines, le squelette est normal, en somme l'examen le plus minutieux est négatif. Si on interroge la femme sur ses antécédents, elle nie toute syphilis, quelquefois, sciemment, le plus souvent sans mauvaise volonté, car on sait combien la syphilis passe souvent inaperçue chez la femme. Il faut alors faire porter son interrogatoire sur les grossesses antérieures et, si cette femme vous dit qu'elle a fait un ou plusieurs avortements, qu'elle a eu un ou plusieurs enfants avant terme, qu'elle a perdu un ou tous ses enfants en bas-âge, ceci doit mettre en éveil le médecin, et lui faire soupçonner la syphilis.

D'autres fois, on ne trouve aucun espèce d'antécédents, surtout chez les primipares.

Ces femmes accouchent; l'accoucheur aura toujours soin de s'assurer s'il n'existait pas d'hydramnios, si le placenta n'est pas blanchâtre, volumineux, signes qui peuvent être précieux pour diagnostiquer une syphilis douteuse de l'enfant.

Que peut-il se passer alors? L'enfant peut naître à terme, de poids normal et présenter des accidents bien nets de syphilis. C'est le cas de nos observations

I et XII. Mais assez souvent l'enfant né à terme est d'un poids normal, bien constitué, il ne présente aucun accident syphilitique, rien chez lui ne pourrait faire soupçonner l'hérédo-syphilis. Et cependant cet enfant, sans troubles digestifs, prenant un lait de bonne nature, en quantité suffisante, quelquefois même absorbant plus que d'habitude, perd chaque jour de son poids, 75, 100 grammes sans que rien ne puisse en donner l'explication. Si le médecin, en raison de son examen négatif chez la mère, et chez l'enfant, ne pense pas à l'hérédo-syphilis, et si, au lieu d'instituer d'emblée le traitement mercuriel, il s'attarde à essayer en vain tout autre traitement, cet enfant meurt au bout de quelques jours sans qu'on puisse attribuer une cause à cette mort; suivant l'expression, il meurt « de rien ».

C'est sur ces derniers cas que nous voulons insister, nous allons essayer de démontrer que la syphilis peut tuer rapidement le nouveau-né sans que rien ne puisse la faire soupçonner. Nous voulons essayer de prouver que devant un enfant qui, dans les premiers jours de sa vie, dépérit d'une façon constante et particulière, sans cause appréciable, il faut toujours penser à la syphilis qui va tuer l'enfant. Il faut y penser et rechercher les moindres signes dans les grossesses antérieures, et dans l'accouchement récent, qui peuvent confirmer cette idée; il faut y penser, car l'on peut même, dirai-je, affirmer la syphilis, alors que rien autre que ce dépéris-

sement aigu et non motivé ne devrait y autoriser.

Presque toutes nos observations se rangent dans cette catégorie. Dans plusieurs l'on ne retrouve comme antécédents : qu'un avortement, un accouchement avant terme, un enfant mort en bas-âge, un placenta un peu volumineux et blanchâtre, un peu d'hydramnios, dans d'autres l'on ne retrouve absolument rien. Dans toutes ces observations, le diagnostic d'hérédo-syphilis avait été porté, et a été presque toujours confirmé soit par l'autopsie, soit par le résultat obtenu par le traitement.

Nous avons résumé en quelques mots les différentes façons dont peut s'infecter le fœtus. Mais ne perdant pas de vue notre sujet, nous ne devons parler que des cas de ces enfants, nés à terme, de poids normal, bien constitués et ne présentant aucun accident syphilitique. Nous avons dit que ces enfants dépérissaient sans qu'on n'en puisse trouver la cause à l'examen des différents organes. Par quel mécanisme se fait cette désassimilation, cette déperdition du poids ?

Nous savons que la syphilis agit de deux façons sur les nouveau-nés ; d'abord comme maladie propre, par des lésions spéciales sur les différents viscères,

puis comme maladie générale, en tant que maladie infectieuse. En effet, dans les cas suivis de mort que nous publions et où l'autopsie a pu être faite, nous trouvons le plus souvent des lésions caractéristiques de la syphilis héréditaire. Foie volumineux, dur, cireux ; rate grosse, dure avec périsplénite ; on comprend que ces lésions aient pu provoquer la mort sans cependant donner naissance à aucun symptôme clinique. Dans d'autres cas on ne trouve rien à l'autopsie.

Est-ce contraire aux idées actuelles, et cela vient-il infirmer ce que nous voulons démontrer ? Non certes. En effet, la « syphilis ne fait pas que de la syphilis, » et comme l'a bien fait remarquer M. le Professeur Fournier, elle agit aussi par la perturbation profonde qu'elle importe dans l'organisme, elle peut aussi créer des troubles d'un autre ordre, non spécifiques de nature, mais d'origine, troubles « para-syphilitiques, » comme il les appelle, qui, en modifiant profondément l'économie, peut amener des troubles sérieux de la santé. Ce sont ces modifications graves, véritable cachexie fœtale, qui entraînent la mort de l'enfant.

On comprend donc que, suivant le degré de désorganisation on peut avoir :

1° La mort du fœtus pendant la grossesse, d'où un avortement ou une série d'avortements si fréquents chez les femmes spécifiques.

2° La naissance d'enfants le plus souvent avant terme, quelquefois à terme, mais chétifs, rabougris, véritables petits vieillards, qui ne sauraient vivre.

3° La naissance d'enfants à terme, de poids normal et d'apparence bien constitués, mais sans que rien cliniquement ne puisse le révéler, si profondément atteints, qu'ils meurent en quelques jours sans causes apparentes, ne présentant en somme qu'une sorte « d'inaptitude à la vie. » (1)

(1) Fournier. Hérité syphilitique.

SYMPTOMES

Quels sont les symptômes qui, dans cette forme que nous étudions, permettront aux médecins de penser à l'hérédosyphilis ? Disons de suite qu'ils se résument dans certaines particularités de la courbe du poids du nouveau-né. Mais avant de parler de ces particularités de la courbe alimentaire des hérédosyphilitiques, nous croyons bon de rappeler quelle est la courbe normale des pesées quotidiennes des nouveau-nés à l'état normal.

Les courbes sont prises sur des feuilles qui sont entre les mains de tous les accoucheurs des hôpitaux. Voici comment notre maître, M. Budin, qui les a établies lui-même, les décrit dans ses leçons de clinique obstétricale :

« Elles mesurent 36 centimètres de hauteur sur
» 22 centimètres de largeur. De petites lignes repré-
» sentent les poids de 5 en 5 grammes, devant les
» lignes de moyenne épaisseur sont placés les chiffres
» 25, 50 et 75 et de grosses lignes marquent les
» centaines. Ces dernières ne sont indiquées que
» par des zéros sur la feuille imprimée. On dispose
» donc ainsi d'une sorte d'échelle mobile.

» Il suffit de mettre au milieu de la colonne,
» devant les zéros qui correspondent aux centaines,
» le chiffre représentant en kilogs et en hectos, le
» poids de naissance. Comme la hauteur de la page
» permet une différence de 600 grammes, on a géné-
» ralement une place suffisante pour toutes les va-
» riations qui surviennent pendant le séjour de l'en-
» fant à l'hôpital. Nos feuilles sont assez grandes
» pour qu'on puisse insérer le poids jusqu'au ving-
» tième jour. »

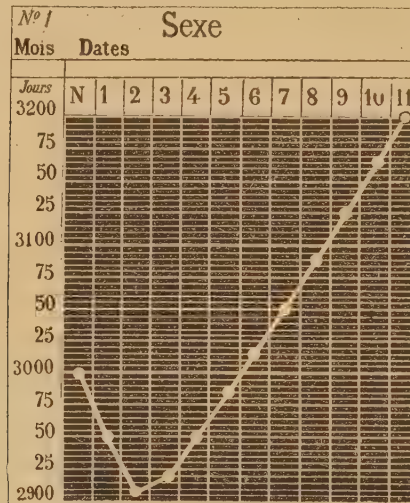
La feuille de poids est placée à la tête du lit de la mère, elle frappe ainsi l'œil et permet ainsi de se rendre compte d'un coup d'œil de l'état de santé de l'enfant.

Comment doit-on pratiquer les pesées ? L'enfant doit être pesé nu ; après l'avoir préalablement lavé et essuyé, on le mettra dans la balance sur un linge de flanelle chaud pour qu'il ne se refroidisse pas. Il suffira ensuite de peser le linge isolément et de le déduire, pour avoir le poids net de l'enfant.

A l'état normal l'enfant perd de son poids pendant les deux premiers jours qui suivent la naissance, cette diminution est variable selon le volume de l'enfant, selon qu'avant de le mettre au sein, on l'alimente ou on ne l'alimente pas. Cette déperdition est due surtout à l'expulsion du méconium et de l'urine, à l'exhalation pulmonaire et à la perspiration cutanée. Variable, elle est en moyenne, lorsqu'on ne nourrit pas l'enfant pendant les deux premiers jours,

de 150 grammes. La montée laiteuse a lieu alors et l'on met l'enfant au sein ; sous l'influence des tétées, l'enfant récupère son poids primitif en six ou sept jours, en augmentant tous les jours de 25 à 30 gr. environ. Il est bien entendu que cette courbe normale, peut varier suivant les cas, comme M. Budin l'a très bien démontré, avec le mode d'alimentation,

Planche n° 1.



la qualité de lait qu'on donne au nouveau-né, etc., etc... Dans son service de la Charité, voici comment notre maître M. Budin procède. L'on n'attend pas pour nourrir l'enfant la montée laiteuse, et, dès le premier jour, l'on donne à l'enfant du lait stérilisé. Dix tétées de dix grammes en moyenne, dix de quinze grammes si l'enfant est fort. On le nourrit ainsi jusqu'à ce que la montée laiteuse soit effectuée

et on le met alors au sein de la mère, tout en continuant de lui donner encore du lait stérilisé jusqu'à ce qu'on soit sûr que le lait de la mère est suffisant. Nourris ainsi dès le premier jour, les enfants diminuent beaucoup moins dans les deux premiers jours et ils récupèrent également plus vite, en moyenne vers le cinquième, sixième jour, leur poids de naissance. Il faudra tenir compte de ce fait quand on examinera les courbes que nous publions et qui, toutes, ont été prises dans le service d'accouchements de M. Budin. Voici (planche n° 1) la courbe moyenne d'un enfant normal dans ce service.

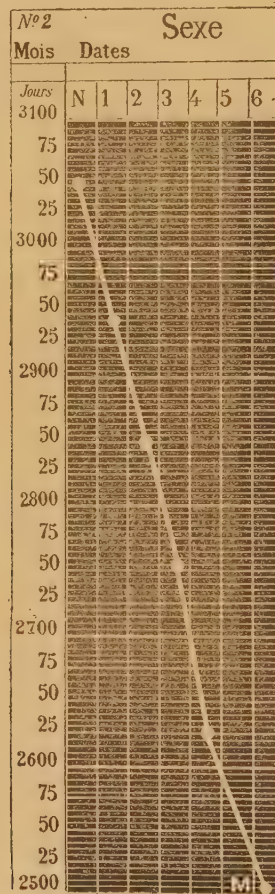
Voyons, maintenant, quelle sera la courbe de ces nouveau-nés spécifiques dont nous nous occupons.

Rappelons bien, avant de l'exposer, que nous ne parlons que de nouveau-nés pour ainsi dire normaux à leur naissance, ou paraissant normaux, à terme, d'un poids normal et d'une constitution paraissant bonne.

Le premier jour l'enfant perd une centaine de grammes, le second jour encore une centaine de grammes; le troisième jour, nouvelle perte de 100 à 150 grammes, etc., la courbe est presque verticale et descendante. Ce qui en fait la caractéristique c'est la perte régulière, ininterrompue du poids, de sorte que l'enfant a perdu en quatre jours, 350 à 400 gr. de son poids. On comprend que si cette déperdition, pour ainsi dire foudroyante, ne s'arrête pas, les enfants mourront ainsi très rapidement.

La planche 2 ci-dessous représente cette courbe que nous présentons comme un graphique type de cette forme d'hérédo-syphilis, après élimination des causes perturbatrices et pathogéniques qui peuvent frapper le nouveau-né. Voir observations II, VII, VIII, IX, X.

Planche n° 2.



D'autres fois, la chute de la courbe n'est pas tout

à fait verticale et descendante, elle peut subir pour un jour un temps d'arrêt, mais le point important est toujours la descente rapide par grandes oscilla-

Planche n° 3.

N° 3		Sexe							
Mois	Dates								
Jours		N	1	2	3	4	5	6	7
3100									
75									
50									
25									
3000									
75									
50									
25									
2900									
75									
50									
25									
2800									
75									
50									
25									
2700									
75									
50									
25									
2600									
75									

tions. Prenons, par exemple, l'observation III. Nous voyons que le premier jour, le nouveau-né diminue de 60 gr., le 2^e jour de 100 gr. A ce moment, il y a un arrêt et le troisième jour on trouve une augmentation de 25 gr. Le quatrième jour nouvelle des-

cente qui s'accroît jusqu'au septième jour ; à ce moment nouvel arrêt puis descente rapide jusqu'à la mort. Cette courbe en escalier, pour ainsi dire, est représentée par la planche 3 ci-dessus.

Nous la retrouvons dans les observations n^{os} 6, 5, 4, 10. Leur caractéristique est la chute rapide des lignes descendantes comparée au peu de hauteur des lignes ascendantes. On dirait dans ces cas que l'enfant essaye de résister, de lutter contre le mal qui le tue, mais, qu'affaibli par cet effort, il redescend plus rapidement qu'auparavant.

Enfin, dans un troisième type de courbe, l'enfant paraît bien supporter la syphilis, ce n'est qu'au bout d'une dizaine de jours que son influence néfaste se fait sentir. Dans ce cas la courbe est presque horizontale, l'enfant reste stationnaire ; mais c'est l'exception, nous n'avons pu en trouver une observation bien nette. On pourra toutefois s'en faire une idée en regardant notre observation 13. Nous l'avons publiée, quoique l'enfant soit d'un poids inférieur, pour montrer l'influence du traitement.

Il est bien entendu que, pour se rendre compte de ces courbes en lisant nos observations, il ne faut considérer la courbe que lorsque le traitement n'a pas été institué, c'est-à-dire qu'il ne faut voir que les lignes tracées en plein, les lignes ponctuées indiquant le poids à partir du jour où le traitement a été donné. Ajoutons que dans le graphique de nos observations, afin que l'on puisse se rendre compte d'un coup d'œil

de l'influence des doses, nous avons mis une croix chaque fois que la dose de mercure était augmentée.

Nous allons examiner maintenant quels sont les symptômes qui accompagnent cette descente de la courbe alimentaire.

Pour qu'on ne puisse pas incriminer la faiblesse congénitale d'une autre nature, nous n'avons pris que des enfants à terme ou presque à terme. De plus, ils sont de volume et de poids normal ; quelques-uns même, comme on peut le voir, ont un poids supérieur à la moyenne 3,160 gr., 3,180 gr., 3,280 gr., 3,500 gr., 3,680 gr., 3,720 gr.

Les enfants examinés aussitôt après la naissance ne présentent absolument rien de particulier. Dans un certain nombre de cas, pensant à la syphilis, la palpation du foie et de la rate n'a dénoté aucune augmentation appréciable de ces organes ; cette palpation est toujours cliniquement difficile.

On nourrit l'enfant au sein ou au lait stérilisé comme les autres nouveau-nés et l'on est frappé par la courbe rapidement descendante du poids.

Si l'on examine alors l'enfant pour chercher la cause de cette perte de poids, que trouve-t-on ?

Du côté de l'appareil digestif, aucun symptôme.

L'enfant tète avec appétit et prend 40 à 50 gr. de lait par tétée, ce qui fait 400 à 500 gr. de lait par jour. Le lait ingéré est toléré par l'estomac, il n'y a pas de vomissements, les garde-robes sont normales, jaunes, liées, sans caillots, l'enfant ne salit que trois

ou quatre fois par vingt-quatre heures. En somme, pas de diarrhée. Si l'on déshabille l'enfant, il paraît absolument bien portant, du moins dans les premiers jours, la peau est souple, non plissée, et conserve sa couleur normale : pas d'ictère, pas d'éruption. L'enfant crie normalement et réagit bien contre les excitations extérieures. Rien du côté des muqueuses, pas de coryza. L'auscultation du cœur et des poumons ne dénote rien de particulier. La température est normale.

En résumé on est en présence d'un enfant sans maladie appréciable et qui, cependant, dépérit. On essaye alors, soit d'augmenter la ration de lait, soit de changer le mode d'alimentation (lait d'ânesse, lait stérilisé), on ordonne des frictions d'alcool, du massage, du rhum, etc..., rien n'y fait, la déperdition continue à se faire de jour en jour.

Il est bien évident que l'état général ne reste pas longtemps satisfaisant et que cette brusque chute de poids amène assez rapidement des changements dans l'aspect du nouveau-né.

L'amaigrissement survient, la peau se plisse, les sutures du crâne se rétrécissent et les pariétaux chevauchent l'un sur l'autre. L'enfant prend alors un peu l'aspect d'un atrepsique, néanmoins il n'a toujours pas de diarrhée, et il meurt assez rapidement sans qu'on ait pu faire un diagnostic. Quelquefois les choses marchent plus rapidement et en cinq ou six jours les enfants

meurent presque subitement sans qu'ils aient eu le temps de se cachectiser.

Si, au contraire, le médecin, frappé par cette brusque perte de poids que rien n'explique, examine soigneusement la mère, s'il découvre le moindre symptôme antérieur, la moindre particularité dans les accouchements précédents ou dans l'accouchement récent qui puisse lui faire soupçonner une syphilis plus ou moins ancienne, s'il croit, par suite, à la possibilité de la syphilis congénitale et s'il applique un traitement spécifique intense, on voit alors la courbe remonter rapidement et atteindre bientôt le niveau du poids de la naissance.

En effet, on peut considérer comme un symptôme et l'on peut se croire en possession de la vérité, quand on voit cette élévation de la courbe, jusque-là descendante, consécutive au traitement mercuriel. Cette ascension qui succède à la descente est aussi particulière, aussi caractéristique, pourrions-nous dire, que cette dernière.

Nous prévoyons les objections que l'on ne manquera pas de nous faire.

En effet, si nous examinons nos observations, nous voyons que dans 3 cas seulement on trouve une syphilis de la mère ; dans 8 cas on trouve seulement des antécédents d'enfants morts en bas-âge et de fausses couches. Dans 4 cas même on ne trouve rien. On pourra donc nous dire que se baser sur ces faits pour affirmer la syphilis des enfants est un

peu hasardé. A cela nous répondrons que les courbes des deux enfants nés de mères syphilitiques ressemblent absolument aux courbes de ceux qui n'ont aucuns antécédents. Nous avons publié, à dessein, deux courbes d'enfants nettement syphilitiques, courbes tout à fait identiques aux précédentes.

Qu'on examine enfin nos observations III et IV, nous ne trouvons aucun antécédent net ; la courbe seule fit porter le diagnostic d'hérédo-syphilis, mais le traitement donné trop tard à dose insuffisante n'empêcha pas les enfants de mourir. L'autopsie montra des lésions viscérales syphilitiques, que l'on avait soupçonnées rien que par l'examen de la courbe. Ce sont ces faits, véritable surprise d'autopsie démontrant des cas de syphilis infantile, qui ont motivé l'institution du traitement chez les enfants présentant ces mêmes courbes. Nous nous demandons pourquoi ces enfants diminueraient de poids si rapidement, pourquoi plusieurs mourraient, sans présenter de troubles d'aucune sorte. Cela tend à prouver que la syphilis seule est capable de créer une si profonde désorganisation de toute l'économie, et ce qui nous donne raison, c'est dans ces cas, l'action bienfaisante du traitement : quoi de plus probant que ces courbes qui cessent de descendre au moment même où l'on donne le traitement, et qui suivent pour ainsi dire pas à pas ce traitement ?

Que l'on veuille bien examiner sans parti-pris nos observations X et X bis.

Voici une femme qui vient à l'hôpital avec un enfant mort. Examinée soigneusement au point de vue de la syphilis, on ne lui trouve absolument aucune trace. Cette femme retourne chez elle après sa délivrance et revient un an après étant enceinte de huit mois et demi. Comme elle avait un bassin généralement rétréci, on lui fait une symphyséotomie qui permet d'avoir un enfant vivant du poids de 2.850 grammes. Cet enfant, très bien constitué, diminue cependant sans cause et présente la courbe caractéristique sans troubles appréciables. Au neuvième jour, l'on donne le traitement par les frictions mercurielles, mais trop tard, à dose insuffisante, l'enfant meurt. L'autopsie ne révèle aucune lésion apparente.

On recommande alors à la mère de suivre, au cas où elle redeviendrait enceinte, un traitement spécifique. Elle ne suit pas ce conseil et elle revient à l'hôpital au mois de juin dernier, enceinte de huit mois et demi. Elle subit une seconde symphyséotomie et accouche d'un enfant de 3,175 gr. très bien constitué. Au quatrième jour, l'enfant a perdu 225 gr. Instruit par l'expérience, on donne un traitement moyen. L'enfant diminue encore pendant quelques jours, on augmente la dose et après une semaine d'attente, l'enfant, qui avait perdu 525 gr. en quinze jours, se met à reprendre si bien qu'en dix jours il avait récupéré son poids normal.

Cette observation ne semble-t-elle pas probante? Voilà une femme sans aucun antécédent qu'un avorte-

ment, qui accouche successivement de deux enfants à terme, bien portants, qui tous deux présentent la même courbe dans les premiers jours de la vie ; le premier, traité insuffisamment et trop tard, meurt ; le deuxième, traité à doses massives, sort de l'hôpital guéri. Ce fait est intéressant, car il est très probable que si l'on n'avait pas été instruit par la mort inexplicquée du premier enfant on n'eut pas institué le traitement à fortes doses, et cet enfant aurait eu le même sort que le premier. C'est pour éviter le retour de pareils méprises et pour fixer davantage l'attention sur les cas de syphilis héréditaire méconnus et sans symptômes, que nous avons cru utile de publier nos recherches.

L'on voit donc que nous sommes en droit de dire que nos autres observations sont exactes et que les nouveau-nés à terme, bien constitués, qui, sans aucuns symptômes, et sans que l'examen clinique ne puisse découvrir une maladie qui en donne l'explication, dépérissent rapidement, sont des syphilitiques héréditaires ; ils sont syphilitiques alors même que la mère ne présente ni accidents ni antécédents. La preuve que cet enfant est bien infecté par la syphilis, c'est que le traitement appliqué à temps permet d'arrêter sa chute de poids rapide et de le rappeler à la vie.

DIAGNOSTIC

Nous éliminerons tout de suite les enfants nés avant terme ou présentant des accidents syphilitiques. Nous ne parlerons pas non plus des nouveau-nés, chétifs et malingres, qui naissent avec le faciès amaigri et souffreteux de petits vieillards, qui n'ont aucun désir de vivre et qui rentrent dans les cas des autres causes de cachexie (tuberculeuse, cardiaque, albuminurique, paludéenne).

Nous n'avons en vue que ces hérédo-syphilitiques nés à terme, de poids normal, bien constitués, qui boivent bien et qui, malgré cela, périclitent. Comment donc pourra-t-on établir le diagnostic? Voilà un nouveau-né, bel enfant, qui prend 40 à 50 gr. à chaque tétée, ses garde-robes sont bonnes, il n'a ni diarrhée, ni vomissements. Comment donc savoir que cet enfant est malade, puisqu'il ne présente aucun symptôme?

C'est ici que l'on reconnaîtra l'importance des pesées journalières. Grâce à elles, en effet, un simple coup d'œil jeté sur la courbe permettra de voir qu'il se passe quelque chose d'anormal dans son organisme.

Il faudra donc examiner avec soin l'enfant et la mère, rechercher chez chacun d'eux si l'on ne trouvera aucune explication de ce dépérissement. Les causes qui peuvent amener une chute du poids de l'enfant sont nombreuses, nous allons rapidement les passer en revue.

L'on devra tout d'abord s'assurer qu'aucun vice de conformation n'existe chez l'enfant, il faudra examiner avec soin les garde-robcs et voir s'il n'existe pas de diarrhée; peser l'enfant avant et après chaque tétée et s'assurer qu'il prend une quantité de lait suffisante et de bonne nature. On prendra la température de l'enfant, on auscultera les poumons pour rechercher s'il n'existe pas de maladies inflammatoires, le cœur pour s'assurer qu'il n'y a pas de lésions. L'on sait combien le coryza empêche la déglutition et l'allaitement, il faudra donc le rechercher, examiner la bouche de l'enfant, voir s'il n'y a pas de muguet.

Si l'examen est négatif du côté de l'enfant il faudra examiner la mère, voir s'il n'existe pas de son côté un état pathologique qui pourrait expliquer la diminution du poids. C'est du côté des seins que l'on devra particulièrement faire porter ses recherches. Il faudra s'assurer que la quantité de lait est suffisante, qu'il n'y a pas d'abcès, pas de lymphangite, il faudra avoir soin de presser sur le sein pour voir s'il n'y a pas de galactophorite. Quand on aura éliminé toutes ces causes et que rien, ni chez la mère, ni chez l'enfant, n'aura pu rendre compte de la déperdition de ce dernier, nous pen-

sons qu'on sera en droit et qu'on aura le devoir d'instituer le traitement. Ce qui le prouve ce sont nos succès.

Il ne reste comme symptôme que cette courbe inexplicée. Si l'on regarde les courbes que nous publions nous voyons qu'elles ont un caractère bien particulier, qui est la chute brusque, régulière de plusieurs centaines de grammes en quelques jours, par suite, descente rapide, presque verticale de la courbe. Dans certains cas la descente s'arrête et la ligne est en escalier, mais, point important, les lignes de descente sont toujours très longues et presque verticales.

On nous dira que dans bien des cas l'on peut trouver des courbes à peu près semblables; mais elles sont alors toujours expliquées par des phénomènes généraux concomittants, diarrhées, vomissements, atrepsie, etc.... Descente régulière de la courbe, avec intégrité des voies digestives, sans cause apparente, voilà les deux grands caractères de cette forme d'hérédo-syphilis latente que nous étudions. Quand on se trouvera en présence de nouveau-nés semblables et que rien n'expliquera leur déperdition, on devra toujours penser à la syphilis. Il faudra donc rechercher tout ce qui pourra confirmer cette idée. On interrogera soigneusement la mère, on recherchera d'abord si elle ne présente pas de traces de syphilides cutanées ou muqueuses, on examinera les ganglions inguinaux et cervicaux. On interrogera la région du cou pour voir si l'on ne trouve pas de traces de syphilides

pigmentaires, on recherchera les exostoses. Si le résultat est négatif on interrogera habilement la femme pour tâcher de dépister la syphilis. Disons tout de suite que dans la plupart des cas on ne trouvera rien, car il est bien rare que la femme avoue cette maladie qu'elle considère comme honteuse, souvent elle méconnaît sa syphilis, en tout cas on devra lui faire comprendre que la santé de son enfant dépend de ses réponses franches.

Dans bien des cas l'on ne trouvera pas d'antécédents nets de syphilis, mais il est un point qui pourra devenir très important, c'est d'interroger la femme au point de vue de ses grossesses antérieures. En effet, dans un certain nombre de cas l'on trouvera un ou plusieurs avortements ou enfants nés morts et macérés ; on sait, en effet, combien la syphilis a une action meurtrière sur le produit de conception. On s'inquiétera, en outre, de la santé des autres enfants, une série d'enfants morts en bas-âge doit également éveiller le doute dans l'esprit du praticien. Enfin, l'on n'oubliera pas que l'hydramnios et un placenta volumineux et blanchâtre sont d'origine spécifique et l'on dirigera ses investigations de ce côté. En un mot l'on recherchera le moindre signe qui puisse être rapporté à la syphilis, et justifier le traitement qu'on ne manquera pas d'instituer.

Enfin, il peut se faire que l'on ne trouve absolument rien. Faut-il, pour cela, éliminer toute idée

de syphilis et renoncer au traitement mercuriel ? Examinons nos observations III et IV, dans ces deux cas tout indice de syphilis manquait, et cependant, à l'autopsie, on a trouvé des lésions bien nettes de syphilis que la courbe seule avait fait soupçonner.

Dans l'observation V voici ce qui s'est passé : on ne relevait aucune trace de syphilis chez la mère, un premier enfant né à terme était mort en bas-âge, cependant l'enfant présentant une courbe régulièrement descendante sans troubles digestifs, tout en absorbant une plus grande quantité de lait que la moyenne, M. Boissard n'hésita pas à affirmer l'hérédo-syphilis et ordonna 30 gouttes de liqueur de Van Swieten, dès lors l'enfant reprit, et la mère, devant le résultat obtenu, avoua qu'elle avait eu la syphilis. L'accident primitif remontait à trois ans, pendant lesquels la malade, ayant été régulièrement traitée, se croyait guérie et se refusait à croire que son enfant ait pu hériter de sa maladie.

Ces observations ne sont-elles pas frappantes et ne montrent-elles pas l'importance de la courbe que nous signalons au point de vue du diagnostic de l'hérédo-syphilis. Quand on se trouve en présence d'une courbe semblable, il ne faut donc pas hésiter, en l'absence de toute explication, à donner le traitement mercuriel. En aucun cas d'ailleurs il ne saurait être nuisible et en suivant ce précepte, on a tout à espérer et rien à craindre.

Il faut donner le traitement le plus tôt possible, ne pas attendre que l'enfant commence à se cachectiser. C'est en effet le mercure qui permettra d'affirmer le diagnostic, il suffit de jeter un coup d'œil sur nos tracés pour voir de quelle façon merveilleuse le traitement modifie la courbe. Ajoutons que ce traitement, pour être efficace, doit être intensif, comme nous allons le voir dans le chapitre suivant.

TRAITEMENT

D'après ce que nous venons de dire nous voyons combien il est important de donner le traitement spécifique à ces enfants qui dépérissent sans cause, puisque seul il peut les arracher à une mort certaine et que dans certains cas, seul il peut établir et confirmer le diagnostic.

Pour s'en convaincre il suffit de lire notre observation II. C'est un enfant de 3,720 gr., bel enfant par conséquent, qui, sans cause, en 4 jours, perd 400 gr. de son poids initial. On le met alors au traitement mercuriel, le cinquième jour la chute de la courbe s'arrête, le sixième jour il perd encore 50 gr., l'on force la dose et à partir de ce moment il augmente peu à peu de poids pour reprendre 250 gr. en six jours.

Le traitement mercuriel s'impose donc comme indispensable. Mais deux questions importantes se posent : 1° Quand faut-il donner le traitement mercuriel ; 2° Quel est le mode de médicament le plus approprié et quelle dose faut-il donner ?

Disons tout de suite pour répondre à la première de ces questions que le plus tôt sera le meilleur. Il faut se

souvenir en effet de la rapidité foudroyante, avec laquelle certains enfants, d'apparence robuste à la naissance, meurent ; quelquefois, c'est en quatre, cinq, six jours (observation IX). D'autres fois l'enfant résistera un peu plus longtemps, mais en moyenne il mourra du huitième au treizième jour (Observations III, IX, X). C'est qu'en effet l'on dirait que le mal, latent jusqu'à la naissance de l'enfant, acquiert, de jour en jour, une intensité croissante avec le temps et que dans cette lutte entre lui et l'enfant, ce dernier succombera d'autant plus sûrement qu'on lui viendra plus tard en aide.

Que l'on jette un coup d'œil sur notre observation IX. Voilà un enfant qui pesait 2,820 gr., le sixième jour, sans cause, il a perdu d'une façon continue 460 gr. ; l'on pense alors à l'hérédosyphilis et l'on ordonne le traitement mercuriel, mais il est trop tard et l'enfant meurt dans la journée.

Examinons encore l'observation III. Cet enfant pèse 3,160 gr. Le 7^{me} jour, voyant que sans aucune cause, il a perdu 360 gr., on pense alors à l'hérédosyphilis, et l'on donne le traitement par les frictions mercurielles. Le lendemain, l'enfant n'a plus perdu de poids, mais c'est en vain qu'il lutte, car le mal reprend le dessus, et il meurt le 11^{me} jour ; le traitement avait été donné trop tard et, comme nous le verrons tout à l'heure, à dose insuffisante. On comprend que dans ce cas, l'organisme, profondément débilité, n'ait pas eu le temps ni les moyens de reprendre le dessus.

Il ne faut donc pas perdre un temps précieux, s'égarer à la recherche d'un autre traitement, car, sous peine de voir, qu'on me pardonne l'expression, l'enfant vous filer dans les mains, il faut retenir ces deux grands principes : 1° importance de donner le traitement mercuriel ; 2° importance de l'instituer de bonne heure et de ne pas attendre que l'enfant ait trop diminué de poids.

Il ne faudrait pas croire cependant qu'il suffise de donner du mercure pour sauver l'enfant, car il y a un point, aussi important que le traitement lui-même, c'est la question des doses.

Reprenons par exemple notre observation X bis, qui est si typique. La femme dont il s'agit avait eu déjà un enfant (Obs. X) qui, traité trop tard et insuffisamment, était mort. Pas de syphilis chez la mère, rien à l'autopsie de cet enfant, on pouvait croire à une erreur de diagnostic. Cette femme accouche un an plus tard d'un enfant bien constitué ; de peur qu'il ne subisse le même sort que son aîné, dès le quatrième jour on institue le traitement, une friction mercurielle et vingt gouttes de liqueur Van Swieten. En trois jours, l'enfant continue à perdre 175 grammes. On augmente alors de dix gouttes ; la courbe, s'abaissant encore de 75 gr., on donne 50 gouttes de liqueur par jour. L'enfant cesse alors de dépérir, mais comme au douzième jour il n'a rien repris, on juge la dose insuffisante et l'on donne 80 gouttes en plus des frictions. Armé suffisamment, pourrait-on dire, pour lutter

contre sa maladie, l'enfant augmente aussitôt, il reprend le dessus et dès qu'il l'a repris il lui suffit de 20 gouttes qu'il prenait encore à la sortie de l'hôpital.

Prenons un autre exemple tiré de notre observation n° 12 et que nous avons reproduite à dessein pour montrer l'influence des doses, bien que cet enfant soit manifestement syphilitique. Le traitement est institué dès le premier jour, une friction mercurielle et quarante gouttes de liqueur de Van Swieten. L'enfant, après avoir perdu 125 grammes en 3 jours, augmente de 100 grammes. Puis il reperd 200 grammes brusquement, on porte alors la dose à 60 gouttes et l'on voit la courbe remonter rapidement à 3.350, soit 75 grammes de plus qu'à la naissance.

Mais avant de traiter tout au long cette question des doses, voyons quels sont les moyens de traitement que le médecin aura à sa disposition. Nous allons passer rapidement en revue les différentes médications.

1° *Frictions mercurielles.* — L'onguent mercuriel, onguent napolitain, onguent mercuriel double, est composé de parties égales de mercure et d'axonge benzoïnée. Il rend de très grands services dans le traitement de la syphilis, chez l'adulte; c'est également un excellent remède pour les nouveau-nés. En effet, il n'irrite pas les voies digestives et en somme l'absorption se fait généralement très bien. On lui reproche cependant un inconvénient, c'est qu'il est impossible de doser la quantité de mercure qui pénètre dans l'organisme.

2° *Ingestion par la bouche.* — Nous éliminerons de suite les composés mercuriaux (protoiodure, biiodure) que l'on administre en pilules, car l'enfant ne saurait les avaler. Or, de tous les médicaments solubles le plus facile à manier est la liqueur de Van Swieten. Rappelons ici la formule de cette liqueur, formule du Codex Français, car elle varie selon les pays. La voici :

Bichlorure de mercure.	1 gr.
Alcool	100 gr.
Eau distillée	900 gr.

Chaque gramme, soit vingt gouttes, de liqueur renferme exactement un milligramme de sublimé. La dose pour l'adulte est de une cuillerée à bouche qui contient quinze milligrammes de sublimé.

Pour administrer la liqueur de Van Swieten à l'enfant on met la dose dans du lait que l'on donnera en 3 fois dans la journée. On reproche à la liqueur de Van Swieten d'être mal tolérée par l'estomac de l'enfant. Nous verrons ce qu'il faut penser de ce grief.

8° *Bains de sublimé.* — Les bains de sublimé sont employés par certains médecins dans le traitement de la syphilis héréditaire. Dans ce cas on mettra de un à cinq grammes de sublimé dans un bain tiède dans lequel on laissera l'enfant vingt minutes environ. Il faudra avoir bien soin que l'enfant ne se refroidisse pas au sortir du bain.

4° *Injectons hypodermiques.* — Ce mode de traitement est très peu employé chez le nouveau-né. On

le comprend facilement, quand on voit qu'il est si facile de faire pénétrer le mercure dans l'organisme. Il présente de gros inconvénients, la douleur qu'éprouve l'enfant, les abcès qui peuvent advenir et l'on sait combien le moindre abcès peut affaiblir un enfant. Les quelques auteurs qui ont préconisé ce traitement se sont servis soit de peptonate de mercure, soit de sublimé dissous avec du chlorure de sodium.

De tous ces modes de traitement lequel nous semble le meilleur, c'est-à-dire le plus efficace, et comment faut-il l'administrer ? Comme on peut le voir dans nos observations, dans le service de notre maître M. Budin, M. Boissard associe au traitement externe par les frictions mercurielles le traitement interne par la liqueur de Van Swieten, et c'est l'association de ces deux médications qui donne les meilleurs résultats, car parfois, ainsi que le prouvent nos observations n^{os} 4, 10, les frictions mercurielles sont insuffisantes. D'autre part, comme le fait si bien remarquer M. le Professeur Fournier, à elle seule, la liqueur de Van Swieten pourra, surtout dans les cas graves, être insuffisante et impuissante à sauver l'enfant car, par la bouche « le nouveau-né ne tolère le mercure qu'à doses suffisantes pour le laisser mourir ». Il faudra donc associer les frictions mercurielles et la liqueur de Van Swieten.

L'on peut voir par nos observations que dans certains cas, M. Boissard n'a pas hésité à donner

80 gouttes de liqueur de Van Swieten et une friction mercurielle. L'on pourrait croire au premier abord qu'il est imprudent de donner des doses pareilles à des nouveau-nés ; 80 gouttes de liqueur de Van Swieten représentent en effet quatre milligrammes de sublimé ; si, en effet, l'on se basait sur le poids de l'enfant, on arriverait à donner à un adulte de 60 kilos, 80 grammes de liqueur de Van Swieten, soit huit centigrammes de sublimé, plus une friction mercurielle de 15 à 20 grammes. Mais on ne doit pas raisonner ainsi et ne considérer pas l'enfant nouveau-né comme 3 kilogs d'adulte. Il y a une grande différence entre un organisme complet de 3 kilogs et 3 kilogrammes d'une partie d'organisme. Du reste, si le rapport était vrai, il faudrait qu'un adulte qui pèse en moyenne vingt fois plus qu'un nouveau-né bût 15 à 20 litres de lait par jour pour se nourrir, ce qui est évidemment exagéré.

La clinique montre en effet que l'on ne doit pas se baser uniquement sur le poids du nouveau-né pour la dose des médicaments.

En général (1) « le mercure n'est pas administré à sa dose vraie, à sa dose efficace, on « a peur de lui ». Et cela est vrai, ainsi que le montrent certaines de nos observations, à doses insuffisantes : il laisse mourir l'enfant, s'il n'est pas donné à fortes doses.

Quelle sera cette dose ? — Disons tout de suite qu'on ne peut indiquer une dose moyenne, elle varie

(1) Fournier. — Traitement de la syphilis.

avec les cas, avec la gravité, la malignité peut-on dire, de la syphilis qu'on a à combattre.

M. le Professeur Fournier dit que la dose journalière des frictions, de 2 gr. par jour, est bien tolérée par des enfants de quelques jours, qu'on peut, selon les effets, la dépasser sans inconvénients. Mais il faut avoir constamment présent à l'esprit que, pour conjurer le danger quelquefois si rapide de la syphilis héréditaire, comme le dit cet auteur, « la seule dose bonne est celle qui guérit ».

Comment appliquera-t-on le traitement et sur quoi se basera-t-on pour savoir si la dose efficace est obtenue ?

C'est encore l'étude de la courbe du poids de l'enfant qui guidera le médecin. Comme nous l'avons dit quand nous avons parlé de la méthode des pesées, diminution de poids chez un nouveau-né est synonyme de maladie, augmentation est synonyme d'amélioration, de santé. Dès qu'on aura porté le diagnostic d'hérédo-syphilis, dès qu'on verra un enfant nouveau-né dépérir rapidement et sans cause, il faudra lui donner une friction mercurielle de un gramme et de dix à vingt gouttes de liqueur de Van Swieten. Si la dose est suffisante pour lui permettre de réagir, l'enfant reprendra du poids; si la dose est insuffisante il diminuera encore ou restera stationnaire, il faudra donc augmenter la dose, donner 40 gouttes, 60 gouttes, 80 gouttes, jusqu'à ce que la courbe indique que l'enfant se guérit.

En résumé, il faudra donc commencer par des doses

moyennes, mais si l'enfant diminue, s'il reste stationnaire, ou n'augmente que fort peu, ce sera un signe certain que le traitement n'est pas assez énergique, il faudra forcer la dose.

Bien entendu il ne faudra pas continuer à administrer de fortes doses de liqueur de Van Swieten, dès que l'enfant ira mieux, dès que la courbe sera régulièrement ascendante, l'on pourra revenir à des doses moyennes, mais il faudra être prêt à recommencer à la moindre menace d'un retour offensif du mal, à la moindre chute du poids inexplicée. La lecture de nos observations montrera le bien fondé de ce que nous venons de dire.

Malgré ces doses énormes de mercure que nous administrons, nous n'avons eu aucun accident d'intoxication. Nous n'avons jamais eu de diarrhée ni de vomissements. Une seule chose qu'on puisse noter, c'est la fétidité des garde-robes chez les enfants ayant pris de la liqueur de Van Swieten à hautes doses. Quels sont les accidents que l'on pourrait craindre, que l'on pourrait reprocher à notre traitement, de provoquer? Un des gros accidents des frictions mercurielles chez l'adulte est la stomatite mercurielle. Mais cet inconvénient si fréquent chez ce dernier ne saurait arriver aux enfants parce qu'ils n'ont pas de dents « on ne salive qu'avec ses dents ». Donc, rien à craindre du côté des frictions mercurielles.

Reste la liqueur de Van Swieten. On a fait à ce mode de traitement bien des reproches. On l'a accusé d'être mal toléré par l'estomac, de provo-

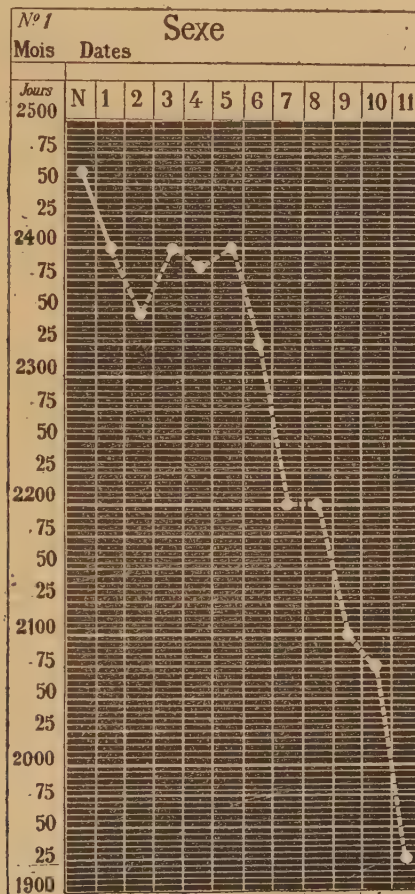
quer de la gastrite. A cela, nous pourrions répondre que nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer cet inconvénient, jamais nous n'avons vu de vomissements, jamais de diarrhée. Et cependant la gastrite des nouveau-nés, si gastrite il y avait, se traduirait par des vomissements, de la diarrhée, l'enfant se nourrissant mal dépérirait; ne voit-on pas au contraire, dans nos observations, l'enfant augmenter de poids avec de fortes doses. Oui, la liqueur de Van Swieten peut avoir quelquefois sur l'estomac une influence néfaste, mais il est facile d'éviter cet inconvénient en l'administrant dans du lait. Le lait, en effet, « modifie le bichlorure de mercure, » le change en « albuminate, » « le rend tolérable à l'estomac, » comme l'a constaté M. le Professeur Fournier. On devra donc donner la dose de liqueur de Van Swieten dans du lait que l'enfant prendra à trois reprises différentes.

Pour faire les frictions mercurielles, il faut avoir soin de se servir d'onguent fraîchement préparé, qu'on divisera en cartouches de un gramme. On savonnera d'abord la région sur laquelle on veut appliquer l'onguent (aisselle, aisselle, thorax). On prendra ensuite une cartouche de un gramme d'onguent, puis l'on frottera doucement avec la paume de la main, pendant quelques minutes, jusqu'à ce que la main éprouve quelque résistance. On aura ensuite soin d'envelopper l'enfant de ouate. Le lendemain on devra savonner la partie frictionnée la veille et changer de place pour une nouvelle friction.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mère. — Pas de trace de syphilis. — Enfant syphilitique. — Traitement insuffisant. — Caractère de la courbe chez un syphilitique.



Accouchement n° 433.

Femme secondipare, âgée de 23 ans, cuisinière, entrée le 4 juin 1893.

Antécédents syphilitiques. — Nuls. Pas de traces. Un enfant à terme vivant.

Antécédents du côté du père. — Inconnus.

Accidents et complications de la grossesse. — Nuls.

Époque de la grossesse. — Neuf mois.

Terminaison de l'accouchement. Spontanée. Présentation du sommet en O. I. D. P.

Délivrance naturelle.

Placenta normal.

Pas d'hydramnios.

Enfant sexe féminin. — Etat physique. — Pemphigus aux pieds et aux mains. Poids 2,460 gr. Longueur 0,46 centimètres.

Le premier jour l'enfant perd 50 gr. Il prend 15×10 de lait.

Le deuxième jour il perd encore 50 gr., on le soumet au traitement par les frictions mercurielles.

Le troisième jour il reperd 50 gr.

Le quatrième jour il perd 15 gr.

Le cinquième il regagne 15 gr., il prend 25 gr.×10 de lait.

Le sixième il perd 75 gr. 30 gr.×10 de lait stérilisé, pas de diarrhée.

Le septième jour il perd 125 gr.

Le huitième jour il reste stationnaire.

Le neuvième jour il perd encore 100 gr., malgré cela il prend 35 gr.+10 de lait stérilisé qu'il digère bien.

Le dixième jour il perd encore 25 gr.

Le onzième jour il diminue de 150 gr., puis il meurt.

Autopsie faite par M. Legry, chef du laboratoire du service d'accouchement de la Charité.

Pemphigus de la plante des pieds et de la face palmaire des mains.

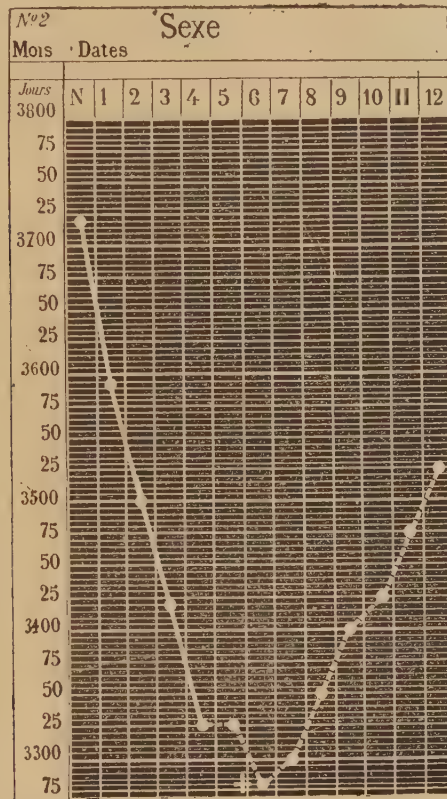
Foie volumineux dur et résistant à la coupe.

Rate volumineuse dure et résistante à la coupe.

Rien dans les autres organes.

OBSERVATION II

Mère syphilitique avérée.— Sept enfants avant terme.— Enfant normal.
Diagnostic par la courbe, confirmé par le traitement.



Accouchement 619.

Femme multipare, âgée de 30 ans, brocheuse. Entrée
le 21 Juillet 1892.

Antécédents syphilitiques.— Syphilis avérée. Sept enfants avant terme.

Antécédents du côté du père. — Nuls.

Époque de la grossesse. — Neuf mois.

Accidents et complications de la grossesse. — Nuls.

Terminaison de l'accouchement. Spontanée. Présentation du sommet en O. I. G. T.

Délivrance naturelle.

Placenta normal.

Pas d'hydramnios.

Enfant sexe féminin. État physique bon. Poids 3,720 gr. Longueur 0,49 c.m.

Le premier jour l'enfant perd 130 gr.

Le second jour il perd encore 90 gr.

Le troisième jour nouvelle perte de 85 gr.

Le quatrième jour l'enfant a encore perdu 90 gr., cependant pas de troubles digestifs, Devant la perte énorme de 400 gr. en quatre jours, on affirme que l'enfant a hérité de la syphilis maternelle et on le met au traitement par les frictions mercurielles.

Le cinquième jour l'enfant est resté stationnaire ; il perd encore 50 gr. le sixième jour.

Le septième jour il augmente de 25 gr.

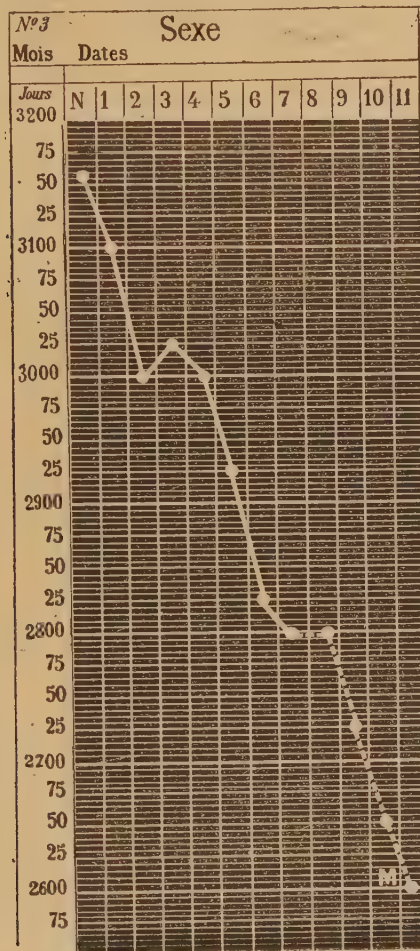
Le huitième jour il prend 50 gr.

Le neuvième jour il augmente encore de 50 gr.

L'enfant augmente de 25 gr. le dixième jour et de 50 le onzième, de 50 encore le douzième jour.

OBSERVATION III

Pas de traces de syphilis chez la mère. — Enfant bien constitué. —
Diagnostic d'hérédo-syphilis fait sur la courbe et vérifié par l'autop-
sie. — Traitement insuffisant et trop tardif.



Accouchement 416.

Femme primipare, 22 ans, blanchisseuse. Entrée le
29 mai 1893.

Antécédents syphilitiques. — Nuls.

Antécédents du côté du père. — Inconnus.

Epoque de la grossesse. — Neuf mois.

Accidents et complications de la grossesse. — Vomissements.

Terminaison de l'accouchement. — Spontanée. Présentation du sommet en O. I. G. A.

Délivrance. — Naturelle.

Placenta. — Normal.

Pas d'hydramnios.

Enfant sexe masculin. — Etat physique, bon. Poids, 3,160 grammes. Longueur, 0,50 centimètres.

Le premier jour l'enfant perd 60 grammes; il prend 200 grammes de lait stérilisé,

Le deuxième jour il diminue de 100 grammes.

Le troisième jour il augmente de 20 grammes; il prend (30^{gr} × 10) de lait stérilisé.

Le cinquième jour il diminue encore de 74 grammes. On donne à l'enfant un bain aromatique et on lui fait une friction d'alcool. On le met au sein de la mère.

Le sixième jour, diminution de 100 grammes. Bain sinapisé.

Le septième jour l'enfant perd encore 25 grammes, le tracé de la courbe fait penser à l'hérédo-syphilis et l'on institue le traitement, une friction mercurielle par jour.

Le huitième jour l'enfant reste stationnaire.

Le neuvième jour il perd 75 grammes, le dixième 75 grammes encore; le onzième 50 grammes, puis il meurt; durant ces quatre derniers jours on avait donné à l'enfant cinq gouttes de rhum chaque deux heures.

L'autopsie, faite par M. Legry, chef du Laboratoire du service d'accouchement de la Charité, confirme le diagnostic. En voici le résultat.

Poumons. — Emphysème en avant du côté gauche.

Cœur et péricarde. — Rien d'anormal.

Foie. — Volumineux. Pèse 200 grammes, jaune verdâtre, dur et résistant à la coupe.

Rate. — Énorme, dure, légèrement inégale à sa surface, comme lobulée par sclérose, elle mesure 8 centimètres de haut sur 3 de large.

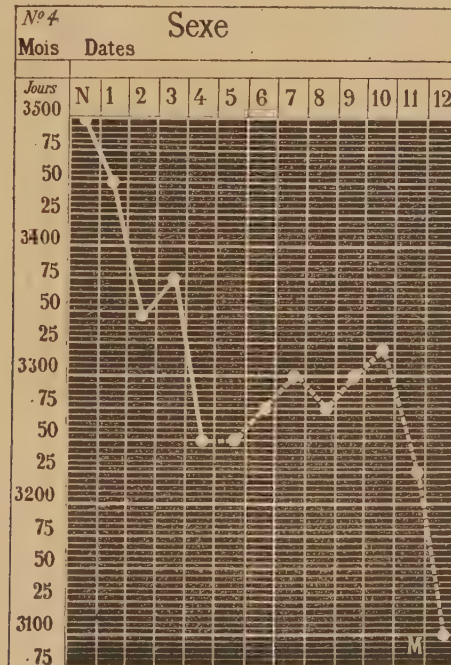
Reins. — Volumineux et durs.

Intestins. — Pas de lésions apparentes.

Cerveau. — Rien d'appréciable.

OBSERVATION IV

Pas de traces de syphilis chez la mère. — Deux accouchements avant terme. — Enfant normal. — Diagnostic fait sur la courbe et vérifié par l'autopsie.



Accouchement 509.

Femme multipare, âgée de 36 ans, couturière, entrée le 29 juin 1893.

Antécédents syphilitiques. — Nuls ? Deux accouchements avant terme.

Antécédents du côté du père. — Inconnus.

Epoque de la grossesse. — Neuf mois.

Accidents et complications de la grossesse. — Nuls.

Terminaison de l'accouchement. — Spontanée. Présentation du sommet en O. I. D. P.

Délivrance. — Naturelle.

Placenta. — Normal.

Hydramnios.

Enfant sexe féminin. Etat physique, bon. Poids, 3.500 gr., longueur, 0,50 centimètres.

Le premier jour l'enfant perd 0,50 gr. ; il prend 160 gr. de lait.

Le deuxième jour il diminue de 100 gr.

Le troisième jour il augmente de 25 gr.

Le quatrième jour il perd 125 gr. ; il prend 450 gr. de lait.

D'après la courbe du poids inexplicée, on pense à l'hérédosyphilis, les deux accouchements avant terme et l'hydramnios que la femme a présenté pendant la grossesse confirment cette idée. On institue le traitement, une friction mercurielle par jour.

Sous l'influence de ce traitement l'enfant ne diminue plus le cinquième jour, il gagne 25 gr. le sixième jour, 25 gr. le septième. Il reperd 25 gr. le huitième jour, remonte le neuvième jour de 25 gr., augmente encore le dixième jour de 25 gr. Brusquement il diminue de 100 gr. le onzième jour ; il n'y a pas de diarrhée, pas de vomissements ; le douzième jour nouvelle perte de 125 gr. que rien n'explique, puis il meurt dans la journée.

Autopsie faite par M. Legry, chef du laboratoire du service d'accouchement de la Charité.

La totalité des poumons a respiré.

Foie, rien à noter.

Rate, volumineuse et ferme.

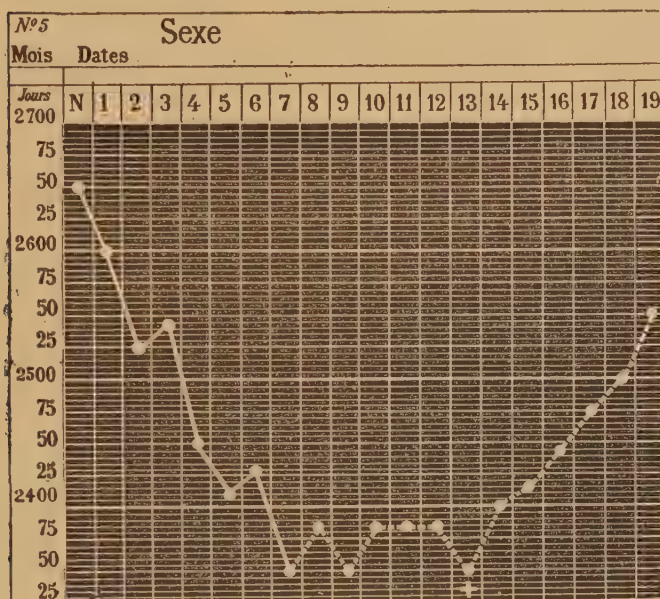
Rien dans les autres organes.

Cerveau normal.

Diagnostic de la mort. — Hérédosyphilis.

OBSERVATION V

Pas de traces de syphilis chez la mère — Enfant normal. —
Diagnostic fait par la courbe et vérifié par le traitement et l'aveu
postérieur de la mère.



Accouchement 575.

Femme secondipare, âgée de 21 ans, domestique. Entrée
le 25 juillet 1894.

Antécédents syphilitiques. — Pas de traces de syphilis.
Un enfant à terme, mort en bas-âge.

Antécédents du côté du père. — Inconnus.

Epoque de la grossesse. — Neuf mois.

Accidents et complications de la grossesse. — Néant.

Terminaison de l'accouchement. — Spontanée. Présen-
tation du sommet en O. I. G. P.

Délivrance. — Naturelle.

Placenta. — Normal.

Pas d'hydramnios.

Enfant sexe masculin. Etat physique, bon. Poids 2.650 gr., longueur 0,46 centimètres.

Le premier jour l'enfant perd 50 gr., il prend (10^{gr.} $\times$ 10) de lait stérilisé.

Le second jour il perd 75 gr.

Le troisième jour il reprend 25 gr. Il prend 20 gr. par tétée au sein de sa mère et on lui donne en plus 20^{gr.} $\times$ 10 de lait stérilisé. Il digère bien.

Le quatrième jour l'enfant perd 100 gr. Cependant pas de troubles digestifs, il prend 20 gr. au sein par tétée et 35^{gr.} $\times$ 10 de lait stérilisé.

Le cinquième jour il perd 30 gr. Pas de diarrhée ni vomissements.

Le sixième jour il reprend 15 gr.

Le septième jour nouvelle chute de 75 gr. Devant cette courbe régulièrement descendante, sans troubles digestifs, sans aucune cause, l'enfant prenant une plus grande quantité de lait que la normale, M. Boissard, malgré l'absence de signes certains, mais en raison de la mort d'un premier enfant en bas-âge, pense à l'hérédosyphilis et ordonne le traitement —, frictions mercurielles et 30 gouttes de liqueur de Van Swieten.

Le lendemain, 8^e jour, l'enfant a repris 35 gr. La mère, devant ce résultat et notre conviction, nous avoue alors seulement qu'elle a eu la syphilis; voici ce qu'elle nous raconte: c'est à l'âge de 15 ans qu'elle a eu le chancre infectant. Elle a commencé à se traiter deux mois après; elle était soignée à Saint-Louis par M. Besnier. Comme elle a été traitée pendant trois ans très régulièrement, elle se croyait guérie, c'est pour cela qu'elle n'avait rien avoué lors de son entrée à l'hôpital. Elle avait eu un an auparavant un garçon né à terme, bien portant et mort en nourrice à deux mois. Le diagnostic d'hérédosyphilis

Accouchement 765

Femme multipare, âgée de 28 ans, journalière. Entrée le 2 octobre 1893.

Antécédents syphilitiques. — Nuls. Deux enfants morts en bas-âge, l'un à dix mois, l'autre à trois mois.

Antécédents du côté du père. — Inconnus.

Epoque de la grossesse. — Neuf mois.

Accidents et complications de la grossesse. — Nuls.

Terminaison de l'accouchement. — Spontanée. Présentation du sommet en O. I. G. A.

Délivrance naturelle.

Placenta normal.

Pas d'hydramnios.

Enfant sexe masculin. Etat physique, bon. Poids 3,680 gr. Longueur 0,49 centimètres,

Le premier jour l'enfant perd 130 gr.

Le second il augmente de 15 gr.

Le troisième jour il perd 175 gr., un peu de diarrhée jaune, on donne à l'enfant six gouttes d'élixir parégorique.

Le quatrième jour l'enfant perd encore 70 gr. Ce jour-là, la courbe et la mort des deux enfants en bas-âge font penser à l'hérédo-syphilis et l'on donne dix gouttes de liqueur de Van Swieten.

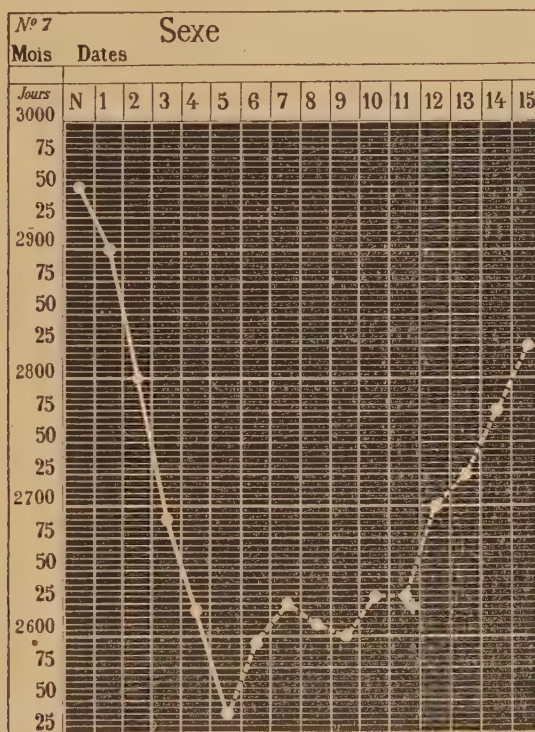
Le cinquième jour l'enfant reprend 25 gr.

Le sixième jour il diminue de 75 gr. L'on juge alors le traitement insuffisant et l'on donne 20 gouttes de liqueur de Van Swieten.

Le septième jour l'enfant prend 40 gr., le huitième jour 50 gr. et du huitième au quatorzième jour il augmente d'une façon continue de 280 gr., soit d'une moyenne de 47 gr. par jour.

OBSERVATION VII

Pas de traces de syphilis chez la mère. — Enfant normal. — Diagnostic d'hérédo-syphilis fait par l'examen de la courbe et confirmé par le traitement.



Accouchement 614.

Femme primipare, âgée de 17 ans, blanchisseuse. Entrée le 5 août 1893.

Antécédents syphilitiques. — Nuls. Maux de tête ?

Antécédents du côté du père. — Inconnus.

Époque de la grossesse. — Neuf mois.

H. Pouzol. — 5.

Accidents et complications de la grossesse. — Maux de tête.

Terminaison de l'accouchement. — Spontanée. Présentation du sommet en O. I. G. A.

Délivrance. — Naturelle.

Placenta, — Normal.

Pas d'hydramnios.

Enfant sexe masculin. État physique bon. Poids, 2,950 gr.; longueur, 0,47 centimètres.

Le premier jour, l'enfant perd 50 gr. Il prend 100 gr. de lait.

Le deuxième jour, il diminue de 100 gr.

Le troisième jour, il perd encore 110 gr. Pas de troubles digestifs.

Le quatrième jour, l'enfant a perdu encore 60 gr. On le met au sein de la mère, on pèse les tétées qui sont de 25 gr.; on donne en plus 50 gr. de lait stérilisé.

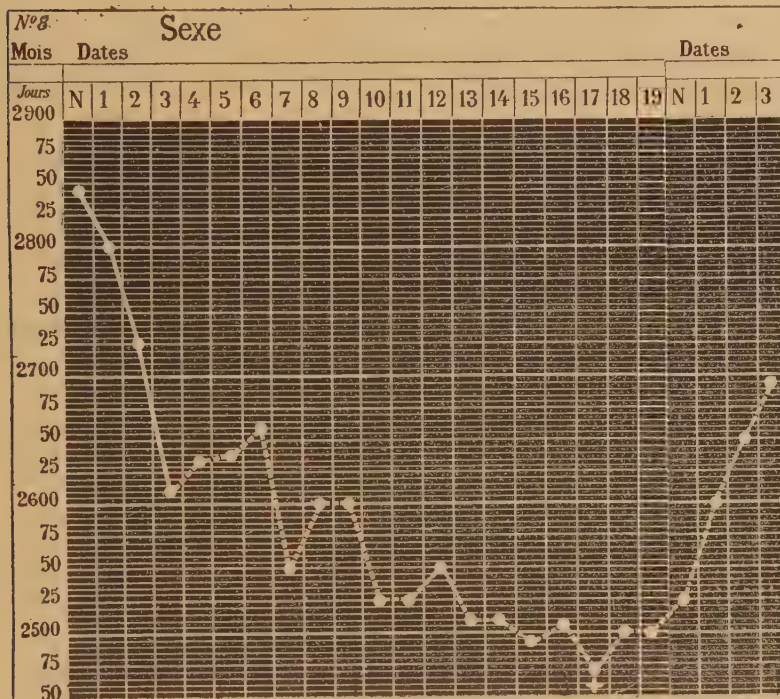
Le cinquième jour, l'enfant ayant encore perdu 75 gr. et devant la perte ininterrompue de 400 gr., on songe à l'hérédo-syphilis et l'on donne le traitement. — Une friction mercurielle et quinze gouttes de liqueur de Van Swieten.

Dès le lendemain l'enfant reprend 50 gr.

Le septième jour, il gagne encore 25 gr., puis comme du septième jour au onzième il ne profite pas et reste stationnaire, M. Boissard juge le traitement insuffisant et porte la dose de liqueur de Van Swieten à 30 gouttes. Immédiatement l'enfant augmente de poids d'une façon continue; il gagne 65 gr. le douzième jour, 25 gr. le treizième, 50 gr. le quatorzième, et 50 gr. le quinzième.

OBSERVATION VIII

Mère probablement syphilitique. — Enfant normal. — Placenta gros. —
 Courbe affirme syphilis. — Traitement. — Influence des doses.



Accouchement n° 521.

Femme primipare, âgée de dix-sept ans, mécanicienne.
 Entrée le 3 juillet 1893.

Antécédents syphilitiques. — Présente un œdème dur
 des petites lèvres, probablement consécutif à un chancre
 infectant.

Antécédents du côté du père. — Inconnus.

Epoque de la grossesse. — Neuf mois.

Accidents et complications de la grossesse. — Nuls.
Peut-être chancre syphilitique.

Terminaison de l'accouchement. — Spontanée. — Présentation du sommet en O. I. D. P.

Placenta. — Gros, œdémateux.

Pas d'hydramnios.

Enfant, sexe masculin. Etat physique, bon. Poids, 2.840 gr., longueur, 0,47 centimètres.

Le premier jour, il perd 50 gr. et prend $15^{\text{gr}} \times 10$ de lait.

Le second jour il perd 75 gr.

Le troisième jour, il diminue de 115 gr., il prend 250 gr. de lait stérilisé et il n'y a pas de troubles digestifs. La chute régulière du poids fait penser à l'hérédo-syphilis. L'œdème des petites lèvres doit être d'origine syphilitique, le placenta était gros et œdémateux, on n'hésite donc pas à faire le diagnostic et l'on constitue dès ce jour le traitement par les frictions mercurielles.

Le quatrième jour, l'enfant gagne 20 gr., on le met au sein de la mère.

Le cinquième jour, augmentation de 5 grammes.

Le sixième jour, l'enfant perd 20 gr.

Le septième jour, il perd brusquement 110 gr.

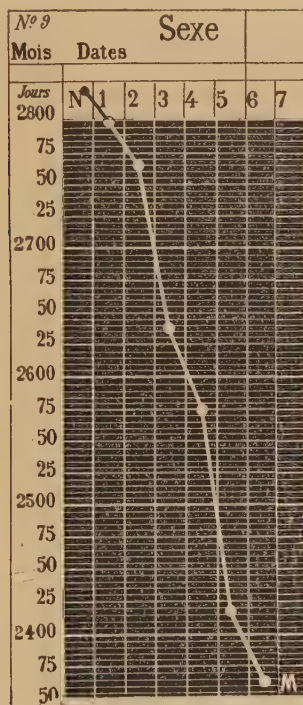
Le huitième jour, il remonte de 50 gr.

Le neuvième jour, il reste stationnaire.

Du onzième au dix-septième jour, l'enfant perd 50 gr. encore, malgré cela il absorbe en plus du sein $50^{\text{gr}} \times 10$ de lait stérilisé; pas de troubles digestifs, les garde-robes sont jaunes. On pense alors que le traitement par les frictions mercurielles est insuffisant et l'on donne en plus dix gouttes de liqueur de Van Swieten; sous l'influence du traitement interne, l'enfant se relève et en six jours il gagne d'une façon continue 210 gr., soit en moyenne 35 gr. par jour.

OBSERVATION IX

Pas de traces de syphilis chez la mère. — Enfant normal. — Un avortement à trois mois. — Diagnostic d'hérédo-syphilis fait sur la courbe. — On institue le traitement, le jour même l'enfant meurt. — L'autopsie ne révèle aucune lésion appréciable.



Accouchement 932.

Femme secundipare, âgée de 24 ans, employée, entrée le 5 Décembre 1893.

Antécédents syphilitiques. — Nuls? Un avortement à trois mois, quinze mois avant.

Antécédents du côté du père. — Inconnus.

Époque de la grossesse. — Huit mois et demi.

Accidents et complications de la grossesse. — Hydrorrhée.

Terminaison de l'accouchement spontanée. Présentation du sommet en O. I. D. P. réduite.

Délivrance naturelle.

Placenta normal.

Pas d'hydramnios.

Enfant sexe masculin. État physique bon. Poids 2,820 gr. Longueur 0,46 centimètres.

Le premier jour l'enfant perd 20 gr., il prend 150 gr. de lait stérilisé.

Le deuxième jour il perd 30 grammes.

Le troisième jour perte brusque de 125 gr.; il prend cependant 30 gr. $\times$ 10 de lait stérilisé. Pas de troubles digestifs. On lui fait une friction à l'alcool. On lui donne un bain aromatique et on lui fait du massage.

Le quatrième jour il perd encore 50 gr. Les garde-robes sont jaunes.

Au cinquième jour nouvelle perte subite de 165 gr. Un peu de diarrhée jaune. Couveuse, gavage.

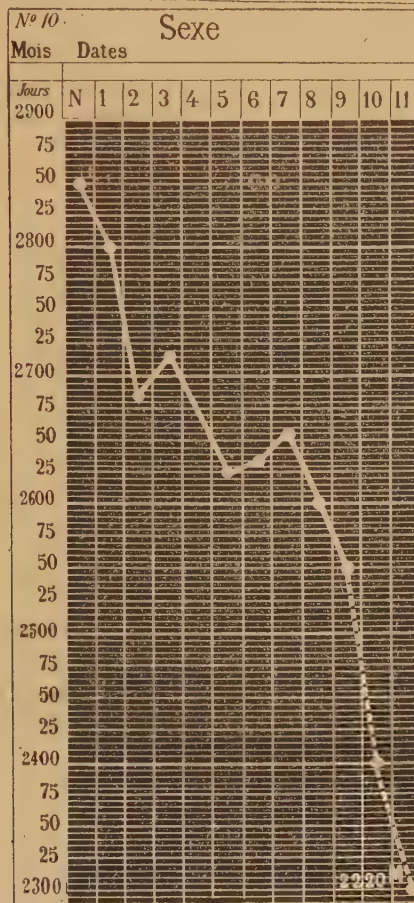
Le sixième jour il perd encore 50 gr. On pense alors à la possibilité de l'hérédo-syphilis et l'on donne le traitement. L'enfant meurt le jour même.

Autopsie faite par M. Legry, chef du laboratoire du service d'accouchement de la Charité.

Pas de lésions appréciables.

OBSERVATION X

Mère, pas de traces de syphilis. — Enfant normal. — Diagnostic fait par la courbe. — Traitement trop tardif et insuffisant. — Rien à l'autopsie,



Accouchement 509.

Femme multipare, âgée de 29 ans et demi. Entrée le 13 décembre 1892.

Antécédents syphilitiques. — Nuls. Un enfant venu avant terme mort et macéré.

Antécédents du côté du père. — Nuls

Époque de la grossesse. — Huit mois environ.

Accidents et complications de la grossesse. — Nuls.

Terminaison de l'accouchement. Symphyséotomie pour bassin généralement rétréci. Version pelvienne.

Délivrance naturelle.

Placenta normal.

Pas d'hydramnios.

Enfant sexe féminin. État physique bon. Poids 2.850 gr. Longueur 0,48 cm.

Le premier jour l'enfant perd 50 gr.

Le second jour il diminue de 115 gr., il prend 30 gr. × 10 de lait stérilisé. Pas de troubles digestifs.

Le troisième jour l'enfant reprend 25 gr.

Le quatrième jour il diminue de 50 gr., il prend 35 gr. × 10 de lait. Pas de diarrhée.

Le cinquième jour il perd encore 45 gr., 40 gr. × 10 de lait.

Le sixième jour il prend 10 gr. de poids.

Le septième il augmente de 20 gr., on lui donne un bain aromatique, frictions à l'alcool.

Le huitième jour l'enfant diminue de 60 gr., il absorbe très bien 45 gr. × 10 de lait.

Le neuvième jour il perd encore 50 gr., un peu de diarrhée jaune. On le met dans une couveuse et l'on pense à l'hérédo-syphilis, on donne le traitement externe, une friction mercurielle.

Le dixième jour l'enfant diminue de 150 gr.

Le onzième jour il a encore perdu 180 gr.

Devant cette diminution énorme on juge le traitement externe insuffisant et l'on ordonne 40 gouttes de liqueur de Van Swieten. L'enfant meurt dans la nuit.

Autopsie faite par M. Legry, chef de laboratoire du service d'accouchement de la Charité.

La face postérieure des deux poumons était congestionnée

Accouchement 429

Femme multipare, âgée de 31 ans. Entrée le 2 juin 1894.

Antécédents syphilitiques. — Nuls. Un enfant venu avant terme, macéré. Deuxième enfant après symphyséotomie mort au onzième jour.

Antécédents du côté du père. — Le père, examiné avec soin, ne présente aucune trace de syphilis.

Epoque présumée de la grossesse. — Neuf mois.

Accidents et complications. — Nuls.

Terminaison de l'accouchement. — Symphyséotomie faite par M. Bonnaire pour bassin généralement rétréci. Présentation du sommet en O. I: D. T. Forceps.

Délivrance naturelle.

Placenta normal.

Hydramnios.

Enfant sexe masculin. Etat physique, bon. Poids 3,180 gr. Longueur 0,47 centimètres.

Le premier jour l'enfant perd 100 gr., il prend 15 gr. $\times$ 10 de lait.

Le second jour l'enfant perd encore 75 gr., il prend 30 gr. $\times$ 10 de lait stérilisé qui est très bien digéré.

Le troisième jour diminution de 40 gr.

Le quatrième enfant perd encore 10 gr. Instruit par la mort de son enfant (observation précédente), pour laquelle on avait déjà fait une symphyséotomie et qui était mort au onzième jour et en raison de l'hydramnios constaté pendant la grossesse, on persiste dans l'idée de syphilis portée lors du premier enfant et l'on donne de suite le traitement mercuriel, 20 gouttes de liqueur de Van Swieten. Malgré le traitement l'enfant perd le cinquième jour encore 120 gr., cependant il prend 45 gr. $\times$ 10 de lait stérilisé qui est très bien digéré. Au traitement interne on ajoute une friction mercurielle.

Au sixième jour diminution de 25gr.

Le septième jour l'enfant perd 25 gr., on porte la dose de liqueur de Van Swieten à 30 gouttes.

Le huitième jour l'enfant a encore perdu 75 gr., il prend cependant 50 gr. $\times$ 10 de lait stérilisé. Il digère bien, pas de diarrhée. On donne alors 50 gouttes.

Le neuvième jour l'enfant ne perd que 40 gr., il prend 55 gr. $\times$ 10 de lait, toujours pas de troubles digestifs

Le dixième jour, l'enfant reste stationnaire ainsi que le onzième jour, il prend 60 gr. $\times$ 10 de lait.

Le douzième jour, comme il perd de nouveau 30 gr., on augmente la dose de liqueur de Van Swieten qu'on porte à 80 gouttes.

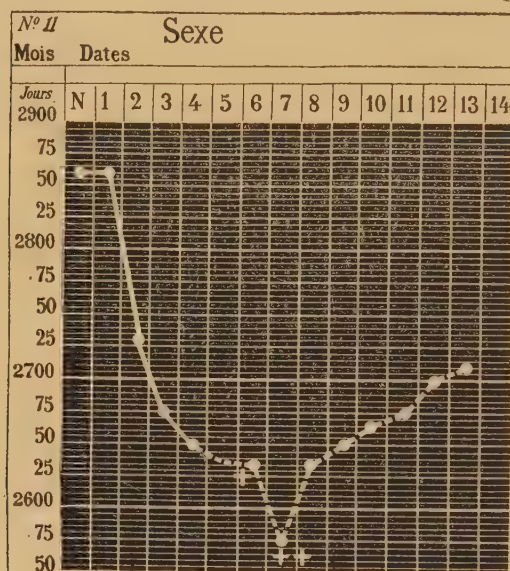
Du douzième au vingtième jour, l'enfant augmente de 60 gr. ; les garde-robes sont jaunes, normales.

A partir du vingtième jour l'enfant augmente d'une façon progressive ; 20 gr. le vingt-unième jour ; 20 gr. le vingt-deuxième jour ; 25 gr. le vingt-troisième jour ; 50 gr. le vingt-quatrième jour ; 75 gr. le vingt-cinquième jour. L'enfant étant en bonne voie on diminue la quantité de liqueur de Van Swieten et l'on revient à 20 gouttes. Le lendemain, vingt-sixième jour, augmentation de 25 gr. ; le surlendemain de 50 gr. ; enfin le vingt-huitième jour de 25 gr. encore.

N. B. — Il est à noter que lors de son dernier accouchement l'enfant étant mort d'hérédosyphilis probable au onzième jour ; l'on avait bien recommandé à la mère de prendre le traitement syphilitique au cas où elle deviendrait enceinte, mais elle n'avait pas suivi ce conseil.

OBSERVATION XI

Mère, syphilis reconnue. — Enfant normal. — Présente la courbe. —
A la liqueur de Van Swieten à haute dose il faut ajouter les
frictions mercurielles.



Accouchement 658.

Femme secundipare, âgée de 27 ans, domestique. Entrée
le 24 août 1894.

Antécédents syphilitiques. — Syphilis avérée. Un enfant
né à terme, mort à dix mois.

Antécédents du côté du père. — Inconnus.

Époque de la grossesse. — Huit mois et demi.

Accidents et complications de la grossesse. — Nuls.

Terminaison de l'accouchement. — Spontanée. Présentation du sommet en O. I. G. A.

Délivrance. — Naturelle.

Placenta. — Normal.

Pas d'hydramnios.

Enfant sexe masculin. État physique, bon. Poids, 2,860 gr. ; longueur, 0,47 centimètres.

Le premier jour, l'enfant garde son poids initial ; il prend 15 gr. $\times$ 10 de lait stérilisé.

Le deuxième jour, il perd 130 gr.

Le troisième jour, il perd 50 gr. Il prend 25 gr. $\times$ 10 de lait. Pas de troubles digestifs.

Le quatrième jour, comme l'enfant a perdu encore 25 gr., on affirme qu'il a hérité de la syphilis de sa mère et on lui donne le traitement interne, 20 gouttes de liqueur de Van Swieten.

Le cinquième jour, l'enfant diminue de 15 gr.

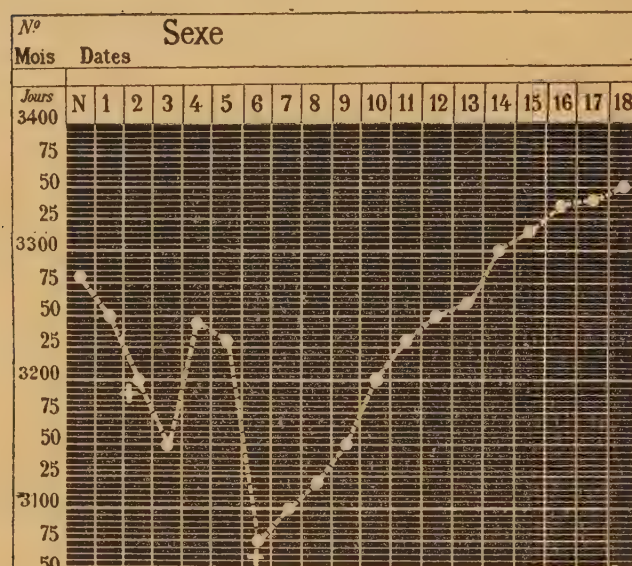
Le sixième jour, il reste stationnaire ; on augmente la dose, on donne 40 gouttes.

Le septième jour, l'enfant a encore perdu 50 gr. On juge le traitement insuffisant et l'on ordonne des frictions mercurielles. L'on porte en plus à 60 gouttes la dose de liqueur de Van Swieten.

Le lendemain, huitième jour, l'enfant a repris 60 gr. ; et pendant les cinq jours suivants il augmente régulièrement de 16 gr. par jour, en moyenne.

OBSERVATION XII

Pas de traces de syphilis chez la mère. — Enfant syphilitique. —
Influence des doses du traitement.



Accouchement n° 611.

Femme multipare, âgée de 25 ans, couturière, entrée le 9 août 1894.

Antécédents syphilitiques. — Pas de traces. — Une fausse couche de six mois après deux enfants à terme.

Antécédents du côté du père. — Inconnus.

Epoque de la grossesse. — Neuf mois.

Terminaison de l'accouchement. — Spontanée. — Présentation du sommet en O. I. D. P.

Délivrance naturelle.

Placenta. — Gros, œdédiatié.

Léger hydramnios.

Enfant sexe féminin. Etat physique: présente à la plante des deux pieds, à la paume et au doigt médian de la main gauche, des phlyctèmes, taches rouges à la figure. Au pied droit, à la face plantaire et à un doigt la peau est enlevée. Poids, 3,280 gr., longueur, 0,49 centimètres.

En raison des accidents que présente l'enfant on le soumet dès le premier jour au traitement. On ordonne 20 gouttes de liqueur de Van Swieten et une friction mercurielle.

Le premier jour l'enfant perd 25 gr. Il prend 15 gr. 10 de lait

Le deuxième jour il perd 50 gr. 20 gr. 10 de lait. On donne 40 gouttes de liqueur.

Le troisième jour, nouvelle perte de 50 gr. On met l'enfant au sein de sa mère.

Le quatrième jour, l'enfant a repris 120 gr.

Le cinquième jour, il perd 15 gr.

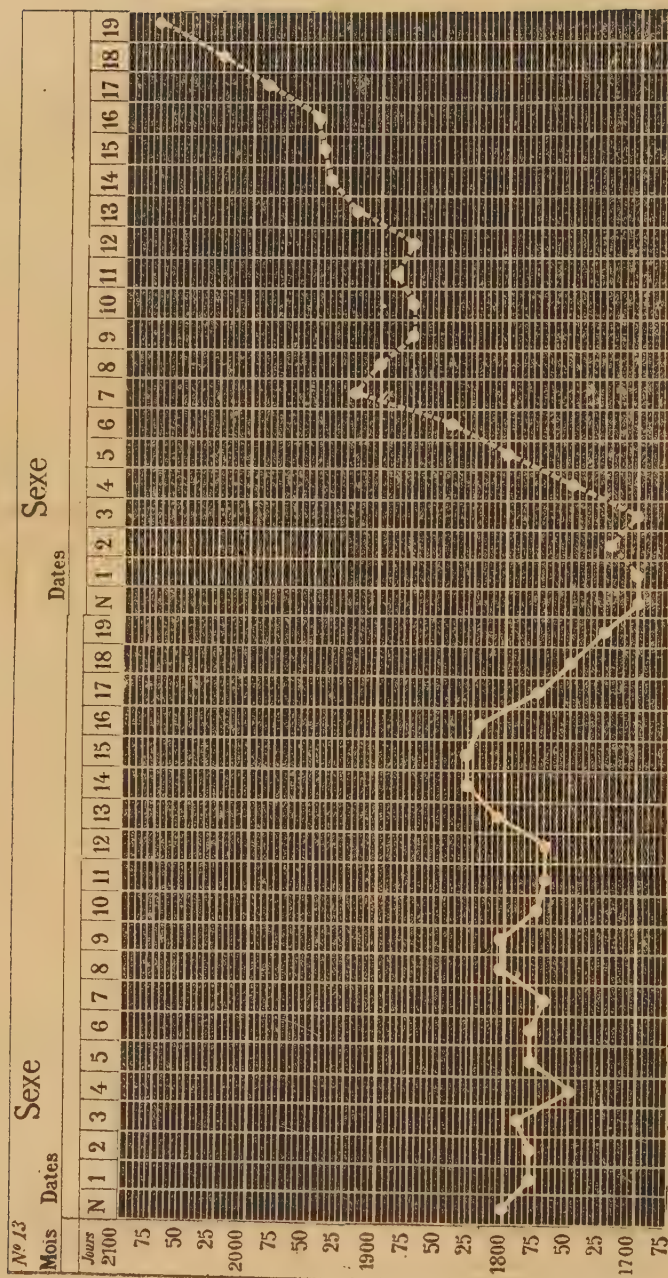
Le sixième jour il diminue brusquement de 175 gr. Le traitement est insuffisant et on porte à 60 gouttes la dose de liqueur de Van Swieten. Garde-robes jaunes. A partir de ce jour, l'enfant augmente régulièrement jusqu'au dix-huitième jour où il sort de l'hôpital, soit en moyenne de 25 gr. par jour.

OBSERVATION XIII

Mère sans trace de syphilis. — Enfant faible et n'augmentant pas.
Il diminue. — Traitement. — Son influence.

Accouchement 987

Femme primipare, âgée de 36 ans, coupeuse. Entrée le 29 Novembre 1892.



Antécédents syphilitiques. — Nuls.

Époque de la grossesse. — Huit mois et demi.

Terminaison de l'accouchement spontanée. Présentation
du siège décomplété, mode des fesses.

Délivrance naturelle.

Placenta normal.

Pas d'hydramnios.

Enfant sexe masculin. Constitution faible. Poids 1,800 gr.
Longueur 0,41 centimètres.

Cet enfant, pendant les seize premiers jours, reste stationnaire, diminuant ou augmentant alternativement de quelques grammes. Du dix-septième au vingt-et-unième jour, il perd 120 gr. En raison de sa faiblesse, l'on pense à l'hérédo-syphilis et on lui institue le traitement par les frictions mercurielles. Dès ce jour, l'enfant reprend 400 gr. en dix-neuf jours.

CONCLUSIONS

1° On voit souvent des enfants nés de parents reconnus syphilitiques ou non, à terme, d'un poids normal, paraissant bien constitués, qui, sans manifestations apparentes, dans les premiers jours qui suivent la naissance, perdent rapidement une quantité considérable de leur poids, déperdition qui entraîne vite la mort.

2° Cette déperdition de poids, présentant un graphique spécial, lorsqu'elle n'est pas expliquée par l'examen attentif des différents appareils, doit être considérée comme une forme latente d'hérédo-syphilis.

3° Cette courbe est caractérisée par une ligne de descente rapide, longue et presque verticale, les enfants perdant en moyenne 350 à 400 gr. en quatre jours. Elle est souvent le *seul symptôme* de cette forme d'hérédo-syphilis.

4° Cette déperdition de poids n'est pas accompagnée de troubles digestifs (diarrhée, vomis-

sements) et se produit malgré l'ingestion et la parfaite assimilation d'une quantité de lait toujours suffisante, parfois supérieure à la moyenne.

5° Le traitement consistera dans l'association de la liqueur de Van Swieten aux frictions mercurielles. Nos observations démontrent qu'il est souvent la pierre de touche de cette manifestation de l'hérédosyphilis.

6° Il doit être institué de bonne heure, à doses toujours élevées, son intensité, sa graduation devront être en rapport avec le résultat fourni par l'examen de la courbe du poids infantile, la dose devra être forcée jusqu'à ce qu'elle soit efficace.

Vu par le Président de la Thèse,
A. FOURNIER.

Vu :
Le Doyen
D^r BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BAGINSKY. — Traité des maladies des enfants (pages 297 et suivantes).
- BERTIN. — Traité de la maladie vénérienne chez les nouveau-nés, Paris, 1810.
- BLAISE. — Etat actuel de la science sur l'hérédité syphilitique. Thèse d'agrégation, 1883.
- BOUCHUT. — Maladies des nouveau-nés (Paris, 1873), pages 1056 et suivantes.
- BUDIN. — Leçons de clinique obstétricale.
- BUDIN et CHAVANE. — Communication à l'Académie de médecine sur le lait stérilisé, 1894.
- DAMOURETTE. — Thèse de Paris, 1893.
- DESPINE et PICOT. — Maladies de l'Enfance.
- DIDAY. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, art. syphilis.
- V. DIDAY. — Traité de la syphilis des nouveau-nés (1854).
- P. DIDAY. — Le péril vénérien dans les familles, Paris, 1881.
- DURAC. — De l'hérédité de la syphilis. Thèse Montpellier, 1866.
- DOUBLET. — Mémoire sur les symptômes et le traitement des maladies vénériennes des nouveau-nés (Paris, 1781).
- A. FOURNIER. — L'hérédité syphilitique.
Id. — Syphilis et mariage.
Id. — Traitement de la syphilis.
- KRIKUS HÉLÈNE. — Mortalité des enfants hérédo-syphilitiques. Thèse Paris, 1890.
- LE PILEUR (D^r L.). — De la mortalité infantile causée par la syphilis. Documents recueillis à la prison de St-Lazare (Paris, 1889).
- PARROT. — Publié par Troisier, Paris, 1886. La syphilis héréditaire et le rachitis.
- RIOCREUX. — Thèse de Paris, 1888.
- STEF. — Mercure et grossesse. Thèse de Paris, 1891.
- SWEDIAUR. — Maladies syphilitiques. Thome II, page 192.

